

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA Ny. M. R. A. B
DI PUSKESMAS WATU KAWULA KECAMATAN KOTA
TAMBOLAKA KABUPATEN SUMBA BARAT DAYA
PERIODE TANGGAL 23 APRIL S/D 21 JUNI
TAHUN 2019

Sebagai Laporan Tugas Akhir yang diajukan untuk Memenuhi salah satu
Syarat Tugas Akhir dalam menyelesaikan Program RPL D.III Kebidanan
Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

YUSTINA NUNU
NIM. PO 5303240181471

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN TAHUN 2018/2019

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN NY. M. R. A. B DI

WATU KAWULA KECAMATAN KOTA TAMBOLAKA

PERIODE TANGGAL 23 APRIL S/D 21 JUNI

TAHUN 2019

Oleh

Yustina Nunu

NIM. PO5303240181471

Telah Diuji dan Dipertahan dihadapan Penguji

Pada tanggal : 10 Juli 2019

Penguji I



Maria Christina Endang, S. ST, M. Kes
NIP. 19680508 200212 2 002

Penguji II



Adriana Nara, S. Si. T. M. Kes
NIP. 19721227 199212 2 001

Mengetahui,



Ketua Jurusan DIII Kebidanan Kupang



Dr. Mareta B. Bakoil, S. ST. M. PH
NIP. 19760310 200012 2 001

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN NY. M. R. A. B DI

WATU KAWULA KECAMATAN KOTA TAMBOLAKA

PERIODE TANGGAL 23 APRIL S/D 21 JUNI

TAHUN 2019

Oleh


Yustina Nunu

NIM. PO5303240181471

Telah Disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Laporan Tugas Akhir Jurusan DIII Kebidanan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada tanggal : 10 Juli 2019

Pembimbing

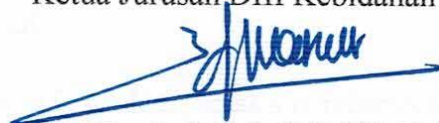


Adiana Nara, S. Si. T, M. Kes

NIP. 19721227 199212 2 001

Mengetahui,

Ketua Jurusan DIII Kebidanan Kupang



Dr. Mareta B. Bakoil, S. ST. M. PH

NIP. 19760310 200012 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. M. R. A. B di Puskesmas Watu Kawula Kecamatan Kota Tambolaka Kabupaten Sumba Barat Daya Periode Tanggal 23 April S/D 21 Juni Tahun 2019” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Jurusan DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu , pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. R. H. Kristina, SKM, M, Kes, selalu Direktur Politeknik Kesehatan Kupang
2. dr. Mareta B. Bakoil, S. ST, M. PH, selaku Ketua Jurusan DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
3. Maria Ch.Endang, S. ST, M. Kes, selaku penguji yang telah memberikan masukan, arahan dan bimbingan, serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
4. Adriana Nara, S. ST. M. Kes, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.

5. Kepala Puskesmas Watu Kawula yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian dan membantu penelitian ini.
6. Bapak dan Ibu dosen yang telah membekali penulis dengan pengetahuan dan memberikan dorongan selama ada dibangku perkuliahan
7. Keempat Anak tercinta (Niluh Sukma, Wira Adiatmaja, Indra Wijaya, Dayuh Fidiah), yang telah memberikan dukungan dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Suami (Ketut Budiarsaja), dan keluarga terkasih yang telah memberikan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Waingapu, 10 Juli 2019

Penulis

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Yustina Nunu

NIM : PO. 5303240181471

Jurusan : Kebidanan

Angkatan : 2018/2019

Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

”ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA Ny. M. R. A. B DI

PUSKESMAS WATU KAWULA KECAMATAN KOTA

TAMBOLAKA KABUPATEN SUMBA BARAT DAYA

PERIODE TANGGAL 23 APRIL S/D 21 JUNI

TAHUN 2019”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Waingapu, 10 Juli 2019

Penulis

Yustina Nunu

PO. 5303240181471

PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. M. R. A. B

Umur : 30 tahun

No. Register : 0982019

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Kalaki Kambe

Dengan ini memberi **PERSETUJUAN** untuk diberikan asuhan kebidanan secara komprehensif yang bertujuan untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir dari Mahasiswi Jurusan Kebidanan Poltekes Kemenkes Kupang.

Waingapu, 10 Juli 2019

Responden

Mahasiswi

Ny. M. R. A. B

Yustina Nunu
NIM.PO.5303240181471

RIWAYAT HIDUP



Nama : Yustina Nunu
Tempat tanggal lahir : Waimangura, 27 Juni 1978
Agama : Hindu
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Radamata

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDM Kabali Dana Tahun 1990
2. Tamat SMPK Waikabubak Tahun 1993
3. Tamat Program Pendidikan Bidan Cepat Kupang tahun 1997
4. 2018 - sekarang penulis menempuh Program RPL D III Kebidanan di Prodi Keperawatan Waingapu.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
SURAT PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penulisan	5
D. Manfaat Penulisan	6
E. Keaslian Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan	7
B. Konsep Manajemen Kebidanan	56
C. Kerangka Pikir/ Kerangka Pemecahan Masalah	59
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Studi Kasus	60
B. Lokasi dan Waktu	60
C. Subyek Studi Kasus	60
D. Teknik Pengumpulan Data	60

E. Instrumen Studi Kasus	61
G. Analisa Studi Kasus	62
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	63
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	63
B. Tinjauan Kasus	64
C. Pembahasan	104
BAB V PENUTUP	109
A. Simpulan	109
B. Saran	109
Daftar Pustaka	111
Lampiran	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Skor Poedji Rochjati	13
Tabel 2.2 Pengukuran TFU Menggunakan Pita Ukuran	19
Tabel 2.3 Pengukuran TFU Menggunakan Jari	20
Tabel 2.4 Imunisasi TT	21
Tabel 4.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu	65
Tabel 4.2 Pola kebiasaan sehari-hari	66
Tabel 4.3 Analisa Data dan Masalah	69
Tabel 4.4 Observasi DJJ dan HIS	81

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Kerangka Pikir

59

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. KMS	115
Lampiran 2. Partograf	117
Lampiran 3. Leaflet	119
Lampiran 4. Kartu Skor Poedji Rochjati	120
Lampiran 5. SAP	121
Lampiran 6. Kartu Konsultasi LTA	122

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
BBL	: Bayi Baru Lahir
DJJ	: Denyut Jantung Janin
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IUD	: <i>intra uterin device</i>
KB	: Keluarga Berencana
KH	: Kelahiran Hidup
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PTT	: Peregang Tali Pusat Terkendali
PUS	: Pasangan Usia Subur
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: <i>Tetanus toxoid</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

ABSTRAK

KEMENTERIN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN
RPL KELAS WAINGAPU

YUSTINA NUNU

**“ ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M. R. A. B DI
PUSKESMAS WATUKAWULA KECAMATAN KOTA TAMBOLAKA
PERIODE TANGGAL 23 APRIL S/D 21 JUNI TAHUN 2019 ”**

Latar Belakang: Kehamilan, persalinan dan nifas adalah suatu kondisi yang normal, namun memerlukan pengawasan supaya tidak berubah menjadi yang abnormal. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator kesehatan suatu bangsa. **Tujuan:** Melakukan Asuhan kebidanan Berkelanjutan Pada Ny.M .R. A. B dengan metode 7 langkah varney dan SOAP di Puskesmas Watukawula Kecamatan Kota Tambolaka.

Metode: Laporan kasus pada studi kasus ini menggunakan metode studi penelaahan kasus (case study) yang terdiri dari unit tunggal. **Pembahasan:** Penulis melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. M. R. A. B Usia kehamilan 35 minggu 5 hari dan diikuti sampai pada masa KB. Asuhan dimulai pada tanggal 23 April s/d 21 Juni 2019 di puskesmas Watukawula dengan menggunakan metode 7 langkah varney dan SOAP.

Hasil: Dapat melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan Pada Ny. M. R. A. B dengan metode 7 langkah varney dan SOAP. **Kesimpulan:** selama masa kehamilan tidak dijumpai penyulit atau komplikasi, ibu dan janin dalam keadaan baik. Persalinan ibu berjalan dalam proses normal tanpa ada penyulit. Bayi dalam keadaan sehat tanpa masalah dan komplikasi. Selama memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas, ibu normal tanpa ada penyulit, dan ibu sudah menentukan alat kontrasepsi yang digunakan. Asuhan kebidanan pada Kb. Dilakukan pada masa nifas 6 minggu 3 hari. Pemasangan IUD berjalan lancar tanpa ada kendala.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Berkelanjutan
Daftar Pustaka : 33 (2007-2017)

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Masa Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Pudiastuti,2012). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Marmi, 2016). Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Masa nifas dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Dalam falsafah kebidanan, terdapat salah satu keyakinan yaitu keyakinan tentang kehamilan dan persalinan dimana hamil dan bersalin merupakan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.

Kehamilan, persalinan dan nifas adalah suatu kondisi yang normal, namun memerlukan pengawasan supaya tidak berubah menjadi yang abnormal. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator kesehatan suatu bangsa (Saleha, 2010 dalam Washudi dkk, 2016).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Hasil

Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016,2017)

Kasus kematian dan Angka Kematian Ibu (AKI) yang tergambar dalam Profil Kesehatan tahun 2016, dapat menggambarkan kondisi dari tahun 2013-2016, untuk kasus kematian pada tahun 2013 sebesar 17 per 6 kasus, atau AKI 185,6 per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2014 menurun lagi menjadi 158 kasus dengan AKI sebesar 169 per 100.000 KH, pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kasus atau AKI 133 per 100.000 KH, sedangkan pada tahun 2016 menjadi sebesar 893 kasus atau AKI sebesar 131 per 100.000 KH, berarti terjadi peningkatan kasus. Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2016 terjadi penurunan (Profil Kesehatan NTT Tahun 2016, 2017).

Berdasarkan hasil konversi jumlah kasus kematian pada bayi mengalami pada bayi mengalami fluktuasi dari tahun 2013-2016, pada tahun 2013 kasus kematian bayi menurun menjadi 1.286 kematian dan pada tahun 2014 kematian bayi ini menurun lagi menjadi 1.280 kasus, pada tahun 2015 kasus kematian bayi meningkat lagi dari 1.388 menjadi 1.549 kasus pada tahun 2016. Tetapi secara konversi tahun 2013 ke 2014 terjadi kenaikan dari 14 per 1000 KH menjadi 14 per 1000 KH . Namun secara konversi trend tahun 2015 ke tahun 2016 tetap 11 per 1000 KH. Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2016, jumlah kematian bayi ditargetkan sebesar 1.127 kasus, berarti telah terjadi peningkatan sebanyak 442 kasus yang ditargetkan dalam Renstra tidak terapai (Profil Kesehatan NTT Tahun 2016,2017).

Data dari dinas kesehatan Kabupaten Sumba Barat daya diketahui jumlah kematian bayi pada tahun 2017 sebanyak 54 jiwa dan lahir hidup sebanyak 4782 jiwa. Dengan menggunakan definisi operasional yang telah ditetapkan untuk kedua indikator tersebut maka AKB di tahun 2017 sebesar 54 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini menurun dari tahun

sebelumnya (65/1000). Hal ini menunjukkan semakin baiknya pelayanan di fasilitas kesehatan (Profil kesehatan Sumba Barat Daya, 2017). Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2016 proporsi kematian ibu didominasi oleh kematian ibu nifas sebanyak 4 kasus (36,4%), diikuti kematian ibu bersalin sebanyak 7 kasus (63,6%). Jumlah kematian ibu di Sumba Barat Daya yang dilaporkan adalah 9 kasus dan lahir hidup 4782 jiwa, maka rasio Angka Kematian Ibu di Nusa Tenggara Timur tahun 2017 sebanyak 188 per 100.000 kelahiran hidup.

Data dari Puskesmas Watukawula diketahui jumlah ibu hamil pada tahun 2017 sebanyak 788 orang dengan cakupan K1 murni sebanyak 474 (60,2%), K1 kontak sebanyak 314 (39,8%), K4 sebanyak 401 (50,9%). Jumlah persalinan sebanyak 542 kasus dengan rincian yang ditolong tenaga kesehatan sebanyak 542 kasus (100%). Kematian Ibu di Puskesmas Watukawula tidak ada, sementara kematian bayi sebanyak 1 orang.

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016,2017).

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus ikut mendukung upaya penurunan angka kematian, peranan bidan di masyarakat sebagai tenaga terlatih dalam sistem kesehatan maternal dan neonatal (Sulistyawati, 2009)

Dengan demikian tenaga kesehatan yang bertanggungjawab perlu memberikan asuhan yang komprehensif dari hamil, bersalin, dan nifas serta bayi baru lahir sehingga perlu dilakukan studi kasus yang memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir.

Berdasarkan masalah diatas, penulis tertarik untuk menyusun studi kasus dengan judul “ asuhan kebidanan berkelanjutan pada NY. M. R. A.

B di Puskesmas Watukawula Kecamatan Kota Tambolaka periode tanggal 23 April s/d 21 Juni Tahun 2019”.

B. RUMUSAN MASALAH

Rumusan masalah pada studi kasus ini adalah: “ Bagaimanakah asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. M. R. A. B di Puskesmas Watukawula Kecamatan Kota Tambolaka periode Tanggal 23 April s/d 21 Juni Tahun 2019”.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny. M. R. A. B dengan metode 7 langkah varney dan SOAP di Puskesmas Watukawula Kecamatan Kota Tambolaka

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan pada Persalinan dengan pendokumentasian metode SOAP.
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan pada Persalinan dengan pendokumentasian metode SOAP.
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dengan pendokumentasian metode SOAP
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dengan pendokumentasian metode SOAP
- e. Melakukan asuhan kebidanan KB dengan pendokumentasian metode SOAP.

D. MANFAAT

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi perkembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan berkelanjutan.

2. Aplikatif

a. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan dapat sebagai masukan bagi tenaga kesehatan dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat dan tentunya dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan bagi dunia kebidanan.

b. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi institusi pendidikan untuk menambah bahan bacaan yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan komprehensif.

c. Bagi Masyarakat

Diharapkan agar masyarakat turut membantu tenaga kesehatan dalam melakukan asuhan kebidanan sejak kehamilan hingga nifas serta bayi baru lahir.

E. KEASLIAN PENELITIAN

No	Peneliti/Tahun	Judul Penelitian	Desain	Hasil Penelitian
1	Marta Tanggu Hana/2014	Asuhan Kebidanan pada ibu “M. R. A B” dengan study hamil,	Metode studi kasus atau case study	Dari semua data yang di peroleh penulis selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny M. R. A. B sejak usia kehamilan 39

		bersalin, bayi baru lahir dan nifas normal di Puskesmas Watukawula Kecamatan Kota Tambolaka		minggu 4 hari sampai masa nifas 3 hari, penyusun menyimpulkan bahwa masa kehamilan, bersalin, BBL dan nifas Ny. M. R. A. B berlangsung normal
2	Karitas Mawu Mudi/2014	Asuhan kebidanan pada ibu “M. R. A. B” dengan kehamilan trimester III, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir normal di Puskesmas Kota Tambolaka	-	Hasil penelitian pada studi kasus ini adalah mahasiswa dapat melaksanakan asuhan pada kasus ibu hamil normal trimester III, bersalin, bayi baru lahir dan ibu nifas

Dari Tabel 1.1 diatas diketahui bahwa ada perbedaan studi kasus ini dengan studi kasus sebelumnya yaitu pada :

1. Waktu, pada studi kasus ini peneliti meneliti pada tahun 2019
2. Subjek Penelitian, pada studi kasus ini peneliti meneliti pada Ny. M. R. A. B

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI MEDIS

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu keadaan didalam rahim seorang wanita terdapat hasil konsepsi (pertemuan ovum dan sel spermatozoa) (Rustam Mochtar, 1998).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat ferilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (walyani ,2015)

Kehamilan adalah proses pertemuan dan persenyawaan antara permatozoa (selmani) dengan sel telur (ovum) yang menghasillkan zigot (Sulistyawati,2009”)

Kehamilan merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, sampai pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010)

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan suatu proses sejak terjadinya fertilisasi dilanjutkan dengan nidasi pertumbuhan hasil konsepsi aterm.

b. Tanda-tanda pasti kehamilan

Indikator pasti hamil adalah penemuan-penemuan janin secara jelas.

1) Denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop laenec pada minggu ke 17-18, pada orang gemuk lebih lambat, dengan stetoskop ultrasonic (Doppler), DJJ dapat didengar lebih awal lagi sekitar minggu ke 12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus dan nadi ibu (Romauli, 2011)

2) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu, karena diusia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi diusia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari hari pertama haid terakhir). Gerakan pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut quickening, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan, tetapi hal ini sering dikelirukan dengan gerakan usus akibat perpindahan gas didalam lumen saluran cerna (Romauli, 2011)

3) Tanda Braxton-Hixs

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan, pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan, misalnya pada mioma uteri, maka tanda ini tidak ditemukan (Romauli, 2011)

c. Klasifikasi Usia Kehamilan

1) Kehamilan triwulan I antara 0-12 minggu.

Masa triwulan I disebut juga masa organogenesis, dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi nantinya, pada masa inilah penentuannya. Jadi pada masa ini ibu sangat membutuhkan cukup asuhan nutrisi dan juga perlindungan dari trauma. Masa ini uterus mengalami perkembangan pesat untuk mempersiapkan plasenta dan pertumbuhan janin (Sulistyawati, 2009”)

2) Kehamilan triwulan II, antara 12-28 minggu

Organ-organ dalam tubuh janin sudah terbentuk tetapi viabilitasnya masih diragukan. Apabila janin lahir, belum bisa bertahan hidup dengan baik. Masa ini ibu sudah merasa nyaman dan bisa beradaptasi dengan kehamilan (Sulistyawati, 2009”)

3) Kehamilan trwulan III antara 28-40 minggu

Masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini di sebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostorum. Pengeluaran hormon estrogen dan progesteron sudah mulai berkurang. Terkadang akan timbul kontraksi atau his pada uterus. Janin yang lahir pada masa ini telah dapat hidup atau viable (Sulistyawati, 2009”)

Cara menghitung usia kehamilan :

1) Rumus Naegele

Usia kehamilan dihitung 280 hari yang berpatokan pada HPHT dan atau tafsiran persalinan (TP). HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. HPHT

yang tepat adalah tanggal dimana ibu mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang biasa. TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu. Bisa ditentukan setelah HPHT didapat. Jika bulan lebih dari 4- 12, tanggal HPHT ditambahkan 7 bulan dikurangi 3 dan tahun ditambah 1, sedangkan jika bulan 1-3, tanggal HPHT ditambah 7 bulan ditambah dengan 9 dan tahun ditambah 0 (Nugroho dkk, 2014”)

2) Perkiraan tinggi fundus uteri (TFU)

Perkiraan dengan TFU ini merupakan perkiraan yang harus diketahui oleh bidan. Perkiraan oleh TFU akan lebih tepat pada kehamilan pertama, tetapi kurang tepat pada kehamilan berikutnya (Nugroho dkk, 2014”)

Tabel 2.1

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Menggunakan Pita Ukuran

Tinggi Fundus Uteri (cm)	Umur Kehamilan Dalam Bulan
20	5
23	6
26	7
30	8
33	9

Sumber: Obstetri fisiologi UNPAD (1983)

Tabel 2.2
Pengukuran Tinggi Fundus Uteri
Menggunakan Jari

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
Sebelum bulan III	Fundus uteri belum dapat diraba dari luar
Akhir bulan III (12 minggu)	Fundus uteri 1-2 jari atas symfisis
Akhir bulan IV (16 minggu)	Pertengahan simfisis umbilikus
Akhir bulan VI (24 minggu)	3 jari dibawah pusat
Akhir bulan VII (28 minggu)	3 jari di atas pusat
Akhir bulan VIII (32 minggu)	Pertengahan proses xiphoideus (px)-umbilikus
Akhir bulan IX (36 minggu)	Mencapai arcus costalis atau 3 jari Dibawah proses xiphoideus (Px)

Sumber: Obstetri fisiologi UNPAD (1983)

d. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan trimester III

1) Perubahan Fisiologi

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi yang terjadi pada ibu hamil trimester III antara lain adalah :

a) Sistem reproduksi

1) Vagina dan Vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi, sel

otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romaui, 2011)

2) Serviks Uteri

Kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang (Romaui, 2011)

3) Uterus

Uterus kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati, Akhir kehamilan pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, deksrotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis (Romaui, 2011)

4) Ovarium

Trimester ke III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romaui, 2011)

b) Sistem payudara

Trimester III kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat, saat kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer, sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental , berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romaui, 2011)

c) Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium (Romaui, 2011)

d) Sistem perkemihan

Kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ereter lebih berdilatasi dan mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romaui, 2011)

e) Sistem pencernaan

Trimester ketiga konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral (Romaui, 2011). Sistem gastrointestinal berpengaruh dalam beberapa hal karena kehamilan yang berkembang terus. Wanita hamil sering mengalami heart burn (rasa panas di dada) dan sendawa yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada didalam lambung dan karena relaksasi sfingter dikerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali kekerongkongan (sulistyawati,2009”).

f) Sistem musculoskeletal

Pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan (Romauli, 2011). Perubahan sistem musculoskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi ini mencukupi peningkatan berat badan, bergesernya pusat keseimbangan akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas, namun demikian, pada saat post partum sistem musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali (Sulisyawati, 2009”).

g) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui saat terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan saat kehamilan, terutama trimester ke-3 terjadi peningkatan jumlah *granulosit* dan *limfosit* dan secara bersamaan *limfosit* dan *monosit* (Romauli, 2011)

h) Sistem *integument*

Kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Wanita multipara selain *striae* kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak

berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Kebanyakan perempuan garis di pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea livid/nigra, pada wajah juga akan muncul warna kehitaman/topeng kehamilan, selain itu pada aerola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan (Romauli, 2011)

i) Sistem metabolisme

Sistem metabolisme adalah istilah untuk menunjukkan perubahan-perubahan kimiawi yang terjadi didalam tubuh untuk pelaksanaan berbagai fungsi vitalnya, dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Wanita hamil *Basal Metabolic Rate (BMR)* meningkat. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir, akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari ke-5 atau hari ke-6 pasca partum. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu, dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Romauli, 2011).

j) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan adalah dengan menggunakan indeks masa

tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contohnya : wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi 1,57 cm, maka IMT-nya adalah $51/(1,57)^2=20,7$ (Romauli).

k) Sistem peryarafan

Perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuskular berikut :

- 1) Kompresi saraf panggul atau statis vaskuler akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah,(Romauli, 2011)
- 2) *Lordosis dorsolumbal* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf, (Romauli, 2011)
- 3) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median bagian bawah (*ligamentum karpalis*) pergelangan tangan. Sindrom ini akan ditandai oleh parastesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku (Romauli, 2011)
- 4) *Akroestesia* (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada wanita selama hamil . Keadaan berkaitan dengan tarikan pada *segmen flektus drakialis* (Romauli,2011)
- 5) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan penglihatan, seperti kesalahan refraksi, sinusitis atau *migrant* (Romauli, 2011)

l) Sistem pernapasan

Kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas (Romauli, 2011)

2) Adaptasi psikologis pada ibu hamil trimester III

Trimester ketiga ini sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan, pada trimester ini merupakan waktu persiapan yang aktif menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu hamil berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan (Marmi, 2011). Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tidak tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya; khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya; merasa sedih akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Romauli, 2011).

e. Ketidaknyamanan dan masalah serta cara mengatasi ibu hamil trimester III

1) Edema

Pertumbuhan bayi akan meningkatkan tekanan pada daerah pergelangan kaki terkadang juga mengenai daerah tangan, hal ini disebut (*oedema*) yang disebabkan oleh pertumbuhan hormonl yang menyebabkan retensi cairan.

2) Hemoroid

Hemoroid sering terjadi karena konstipasi. Maka dari itu, semua yang menyebabkan konstipasi merupakan pemicu bagi terjadinya hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi

dinding vena dan usus besar. Ada sejumlah tindakan untuk mengurangi hemoroid. Berikut adalah daftar yang dicatat untuk mengurangi hemoroid :

- a) Menghindari konstipasi tindakan pencegahan paling efektif
- b) Menghindari ketegangan selama defekasi
- c) Mandi air hangat , air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tetapi juga meningkatkan sirkulasi
- d) Kantong es untuk meredakan
- e) Istirahat di tempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan
- f) Salep analgesic dan anestetik local

3) Insomnia

Insomnia pada wanita hamil dapat disebabkan oleh ketidaknyamanan secara fisik karena pemesarkan uterus/rahim dan pergerakan janin. Pengangan insomnia dapat terjadi secara efektif / tidak efektif. Ada beberapa hal yang sedikitnya perlu dilakukan oleh wanita hamil yang mengalami insomnia, yaitu :

- a) Mandi air hangat
- b) Minum air hangat
- c) Sebelum tidur tidak melakukan aktifitas yang dapat merangsang penyebab insomnia
- d) Tidur dengan posisi relaksasi/ rileks
- e) Gunakan cara-cara yang dapat meningkatkan relaksasi/rileks

4) Keputihan (*Leukorrhoe*)

Leukorrhoe merupakan sekresi vagina yang bermula selama trimester pertama.

Sekresi bersifat asam karena perubahan peningkatan sejumlah glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat *doderlin* basillus. Meskipun ini memberikan fungsi perlindungan ibu dan fetus dari kemungkinan infeksi yang merugikan, ini

menghasilkan media yang memungkinkan pertumbuhan *organisme* pada *vaginitis*. Tindakan pengurangnya ada perhatian yang lebih pada kebersihan tubuh pada daerah tertentu sering mengganti celana dalam.

5) Nyeri punggung

Umum dirasakan pada kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesteron dan relaksin (yang melunakkan jringen ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya beban berat yang dibawa dalam rahim. Cara mengatasinya yaitu gunakan *body* mekanik yang baik untuk mengangkat benda, hindari sepatu atau sandal hak tinggi, hindari mengangkat beban yang berat, gunakan kasur yang keras untuk tidur, gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung, Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat, lakukan pemanasan pada bagian yang sakit, dan istirahat yang cukup (Yeyeh, 2009)

6) Kram otot betis

Umum dirasakan pada kehamilan lanjut. Untuk penyebab tidak jelas, bisa dikarenakan *iskemia transient* setempat., kebutuhan akan kalsium dalam tubuh rendah atau karena perubahan sirkulasi darah. Cara mengatasinya yaitu dengan memperbanyak makan makanan yang mengandung kalsium, menaikkan kaki keatas, pengobatan dengan *imtomatik* dengan kompres air hangat, *masase*, menarik kaki keatas (Yeyeh, 2009)

7) Buang air kecil yang sering

Biasanya keluhan dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena *progesteron* dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun ke rongga panggul. Cara mengatasinya yaitu mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2 jam

sebelum tidur, menghindari minuman yang mengandung *cafein*, jangan mengurangi kebutuhan air minum(minimal 8 gelas sehari) perbanyak di siang hari, dan lakukan senam *kegel* (Yeyeh, 2009).

f. Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III

Menurut Rochyati (2003), penanganan serta prinsip rujukan sebagai berikut :

1) Skor Poedji Rochjati

a) Menurut Rochyati (2003) menjelaskan skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki resiko lebih besar daripada biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadi penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran resiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- 1) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- 2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- 3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

b) Tujuan Sistem Skor

Rochjati (2003) juga menjelaskan mengenai tujuan sistem skor sebagai berikut :

- 1) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat

dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.

- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c) Fungsi skor

Rochjati (2003) menjelaskan fungsi skor sebagai berikut :

- 1) Alat komunikasi informasi dan edukasi /KIE bagi klien. Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat.
- 2) Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan, dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat
- 3) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

d) Cara Pemberian Skor

Rochjati (2003) menuliskan tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor resiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor resiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preklamsia berat/eklamsia diberi skor 8. Tiap faktor resiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor “ Poedji Rochjati” (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

Tabel 2.3
Skor Poedji Rochjati

	II		III	IV
Kel	No	Masalah/ Faktor Resiko	Skor	1 11 111 111 1 2
FR		Skor Awal Ibu Hamil	2	
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4	
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 35 tahun	4	
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 tahun	4	
		Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 tahun)	4	
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun)	4	
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4	
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4	
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4	
	8	Pernah gagal kehamilan	4	
	9	Pernah melahirkan dengan: a. Tarikan tang/vacun b. Uri dirogoh c. Diberi infus/transfusi	4 4 4	
	10	Pernah operasi saesarea		
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil : a. Kurang darah b. Malaria c.TBC paru d. Paya Jantung e.Kencing manis (Diabetes) f.Penyakit menular seksual	4 4 4 4 4	
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4	

	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	
	14	Hamil kembar air (Hyndramnion)	4	
	15	Bayi mati dalam kandungan	4	
	16	Kehamilan lebih bulan	4	
	17	Letak sungsang	8	
	18	Letak Lintang	8	
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8	
	20	Preeklampsia berat/kejang-kejang	8	

Sumber: Rochjati, (2003)

g. Konsep Asuhan Antenatal Care (Standar Pelayanan Antenatal 14 T)

1) Pengertian ANC

Menurut Walyani (2015), asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan

2) Tujuan ANC

Menurut Walyani (2015), tujuan asuhan Antenatal Care (ANC) adalah sebagai berikut :

- a) Menantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.

- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
 - f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- 3) Tempat pelayanan ANC

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan disarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu (Bidan Praktek swasta (BPS) dan dokter praktek, (pantikawati dan saryono, 2010)

4) Asuhan Antenatal (14 T)

Langkah-langkah dalam pelayanan antenatal.

a) Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Tinggi badan diperiksa sekalipada saat ibu hamil datang pertama kali kunjungan, dilakukan untuk mendeteksi tinggi badan ibu yang berguna untuk mengtegorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran <145 cm (Pantikawati dan Saryono, 2010). Bila tinggi badan <145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemngkinan sulit melahirkan secara normal. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaukan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-ratanya 6,5 kg sampai 16 kg, (Walyani, 2015).

b) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80mmHg, bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor resiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan, (Kemenkes RI, 2015^b).

c) Pengukuran lingkar lengan atas

Bila <23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Kemenkes RI, 2015^b).

d) Pengukuran tinggi badan

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan (Kemenkes RI, 2015^b).

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampikan fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tabel 2.4

Perkiraan TFU terhadap Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri (cm)	Umur Kehamilan dalam Bulan
20	5
23	6
26	7
30	8
33	9

Sumber : Obstetri fisiologi UNPAD (1983)

e) Penentuan letak janin (presentasi janin) dan perhitungan denyut jantung janin

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk (Kemenkes RI, 2015^b).

f) Penentuan status imunisasi tetanus toksoid

Penentuan status imunisasi tetanus toksoid dilakukan oleh petugas untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapat suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi, (Kemenkes RI, 2015^b)

g) Pemberian tablet sulfa ferosus

Menfaat pemberian tablet sulfa ferosus 250 mg dan vitamin C 50 mg berfungsi membantu penyerapan tablet sulfa ferosus, kalk 1200 mg berfungsi membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Romauli, 2011)

Ibu hamil sejak awal kehamilannya minum 1 tablet sulfa ferosus setiap hari minimal selama 90 hari, diminum saat malam hari untuk mengurangi rasa mual (Keenkes RI, 2015^b).

h) Tes laboratorium

1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil bila diperlukan (Kemenkes RI, 2015^b)

2) Tes haemoglobin

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil (Walyani, 2015)

3) Tes pemeriksaan urine

a) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil ke arah preeklampsia (Walyani, 2015).

b) Pemeriksaan urine reduksi

Pemeriksaan urine reduksi hanya dilakukan kepada ibu dengan indikasi penyakit gula /DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami(Walyani, 2015)

4) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) untuk mengetahui adanya treponema pallidum/penyakit menular seksual, antar lain syphilis (Walyani, 2015)

i) Senam hamil

j) Pemberian Obat Malaria, diberikan kepada bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil dan hasil asupan darah yang positif.

k) Pemberian Kapsul minyak Lodium, diberikan kasus gangguan akibat kekurangan iodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap perkembangan tumbuh kembang bayi.

l) Temu wicara termasuk P4K serta KB pascasalin

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil. Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi

seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah endemis meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TBC di daerah epidemi rendah, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Kemenkes RI, 2015^b).

5) Pengawasan antenatal

a) Tujuan

Tujuan pemeriksaan kehamilan pada trimester III adalah :

- 1) Mengenali kelainan letak dan presentasi janin
- 2) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
- 3) Memantapkan rencana persalinan
- 4) Mengenali tanda-tanda persalinan (Romauli, 2011)

b) Jadwal pemeriksaan trimester III

Wanita hamil akan senang bila diberitahu jadwal kunjungan berikutnya. Umumnya kunjungan ulang dijadwalkan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu. Selanjutnya tiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu dan seterusnya tiap minggu sampai ibu bersalin (Romauli, 2011)

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah

- 1) Pihak ibu : Tekanan darah, berat badan, gejala dan tanda-tanda seperti; sakit kepala, perdarahan, disuria, air ketuban pecah, lain-lain, (Romauli, 2011)
- 2) Pihak Janin : Denyut jantung janin, ukuran janin
Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ), letak

presentasi, *engagement* (masuknya kepala) ,
 aktivitas, kembar atau tunggal (Romauli, 2011)

3) Laboratorium :

- a) Hemoglobindan hematokrit
- b) STS pada trimester III di ulang
- c) Kultur untuk gonokokus
- d) Protein dalam urin bila diperlukan (Romauli, 2011)

Menurut Marmi (2011), pada setiap kali kunjungan ibu hamil erlu mendapatkan asuhan dan informasi yang sangat pentingdari bidan. Informasi yang harus diberikan pada setiap kunjungan ibu hamil trimester III yaitu :

Antara minggu ke 28-36 :

- 1) Membangun hubungan saling percaya antar petugas kesehatan dengan ibu hamil
- 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya
- 3) Melakukan pencegahan seperti anemia/ kekurangan za besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
- 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan, dan kebersihan,istirihat dan sebagainya).
- 6) Kewaspadaan khusus mengenai *pre-eklamsia*(Tanya ibu tentang gejala-gejala *pre-eklamsia*, pantau tekanan darah, evakuasi *edema* , periksa untuk mengetahui *proteinuria*)
- 7) Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.

Setelah 36 minggu

- 1) Membangun hubungan saling percaya antar petugas kesehatan dengan ibu hamil.
- 2) Mendeteksi masalah dan menganinya
- 3) Melakukan pencegahan seperti anemia/kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan
- 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- 5) Mendorong perilaku yang sehat(gizi, latihan, kebersihan, istirahat dan sebagainya).
- 6) Kewaspadaan khusus mengenai *pre-eklamsia*(Tanya ibu tentang gejala-gejala *pre-eklamsia*, pantau tekanan darah, evakuasi *edema* , periksa untuk mengetahui *proteinuria*)
- 7) Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
- 8) Palpasi abdominal untuk mendeteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan rumah sakit.

c). Pemberian sulfa ferosus

setiap ibu hamil membutuhkan tambahan 700-800 mg sulfa ferosus. Jika kekurangan, bisa terjadi perdarahan sehabis melahirkan. Kebutuhan sulfa ferosus ibu hamil lebih meningkat pada kehamilan trimester II dan III. Ibu hamil yang kekurangan zat besi dapat terganggu proses persalinannya. Mungkin terjadi perdarahan sehabis persalinan (Romauli, 2011)

h. Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)

Meupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan didesa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan

menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan menggunakan KB pascapersalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak (Runjati, 2010).

Tujuan P4K:

- 1) Dipahaminya setiap persalinan beresiko oleh suami, keluarga dan masyarakat luas.
- 2) Terdatanya kasus ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, dan fasilitas tempat persalinan, calon donor darah, transportasi yang akan digunakan, serta pembayaran.
- 3) Adanya rencana persalinan aman yang disepakati antara ibu hamil, suami, keluarga dan bidan
- 4) Adanya rencana untuk menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan yang disepakati oleh ibu hamil, suami, keluarga dan bidan
- 5) Adanya dukungan secara luas dari tokoh-tokoh masyarakat baik formal maupun non-formal, kader, dukungan bayi, dan lain-lain dalam rencana persalinan dan Keluarga Berencana (KB) setelah melahirkan sesuai dengan perannya masing-masing (Rochjati, 2010)

2. Persalinan

a) Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (walyani, 2016)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Walyani, 2016)

Persalinan normal adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Rukiah dkk, 2012)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir (Hidayat, 2010).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) dari dalam uterus ke dunia luar melalui jalan lahir secara spontan dengan presentase belakang kepala, yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan berlangsung selama 18 jam.

b. Sebab – sebab mulainya persalinan

Teori penyebab terjadinya persalinan antara lain adalah :

1) Penurunan kadar progesterone

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara progesteron dan estrogen di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his (Rukiah dkk, 2012)

2) Teori oksitoksin

Akhir kehamilan kadar oksitoksin bertambah, oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim (Rukiah, 2012)

3) Peregangan otot

Majunya kehamilan maka makin tereganglah otot-otot rahim sehingga timbul lah kontraksi untuk mengeluarkan janin (Rukiah dkk, 2012)

4) Pengaruh janin

Hipofise dan kadar suprarenal janin rupanya memegang peranan penting, oleh karena itu pada ancephalus persalinan terjadi lebih lama (Rukiah dkk, 2012)

5) Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi miometrium (Rukiah dkk, 2012)

c. Tanda –tanda persalinan

1) *Lightening*

Menjelang minggu ke – 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi braxton hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat kepala janin ke arah bawah (Marmi, 2012^a). Multipara tidak terlalu kentara, perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun, perasaan sering kencing (Rukiah, 2012).

Masuknya bayi ke PAP menyebabkan ibu merasakan :

- a) Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
- c) Terjadinya kesulitan saat mengganjal.
- d) Terjadinya kesulitan saat berjalan
- e) Sering kencing (Marmi, 2012^a)

2) Terjadinya his permulaan

Makin tuanya kehamilan, pengeluaran estrogen Dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitocin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan dengan his palsu. His persalinan mempunyai sifat his palsu antara lain rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktivitas (Marmi, 2012^a).

3) Tanda –tanda timbulnya persalinan (inpartu)

Tanda –tanda inpartu

a) Terjadinya his persalinan

Kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya dekat *cornu uteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dengan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah eterus (meningkat) , terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap isthmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalsis (Effacement dan pembukaan).

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar kedepan
- 2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
- 3) Terjadinya perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya berjalan maka kekuatan hisnya akan bertambah (Marmi, 2012^a)

b) Keluarnya lendir dan darah pervaginam (Show)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis, sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu seervik membuka (Marmi, 2012^a)

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam, namun apabila tidak

tercapai , maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya *ekstraksi vakum atau section caesarea* (Marmi, 2012^a).

d) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Marmi, 2012^a).

d. Faktor –faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Power (tenaga yang mendorong janin)

Power (kekuatan) yang mendorong janin keluar adalah his dan tenaga mengerjan. His merupakan kontraksi otot-otot rahim saat persalinan. His persalinan menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks yang terdiri his pembukaan, his pengeluaran, dan his pengeluaran uri, sedangkan tenaga mengerjan yang berasal dari kontraksi otot-otot dinding perut, kepala didasar panggul sehingga merangsang mengerjan dan paling efektif saat berkontraksi / his (Sukarni, 2013)

2) Passage (panggul)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul dan vagina serta introitus (lubang luar vagina), meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan (Marmi, 2012^a).

3) Pasenger (janin)

Menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah :

a) Presentase janin

Presentase janin dan bagian janinyang terletak pada bagian depan jalan lahir , seperti : presentase kepala (vertex, muka, dahi), presentasi bokong: bokong murni, bokong kaki, letak lutut, atau letak kaki dan presentase bahu (Marmi, 2012^a).

b) Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kedua arah dada dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat terletak diantara lengandan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi, 2012^a).

c) Letak janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau sungsang (Marmi, 2012^a).

d) Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting, dimana plasenta memiliki peranan berupa tranport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasinya dari plasenta. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini sering disebut plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasinya sering disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012^a).

4) Psikologi

Kecemasan mengakibatkan peningkatan hormone stress (*stress related hormone*). Hormon –hormon tersebut mempengaruhi otot-otot halus uterus yang dapat mengakibatkan penurunan kontraksi uterus sehingga menimbulkan *distocia*. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya. Membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri

merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi proses kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang terjadi (Marmi, 2012^a).

5) Penolong (Bidan)

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai (Rukiah dkk, 201).

e. Tahapan persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Kala disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap /10 cm (Marmi, 2012^a).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

a) Fase Laten

Persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga dibawah 8 jam (Sukarni, 2013)

b) Fase Aktif

Frekuensi dan lam kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), serviks membuka dari 4 cm hingga 10 cm, biasanya dengan

kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadinya penurunan bagian bawah janin (Sukarni, 2013)

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

1) Fase Akselerasi

Pembukaan mencapai 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam.

2) Fase Dilatasi Maksimal

Pembukaan serviks berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam

3) Fase Deselarsi

Pembukaan serviks menjadi lambat, yaitu dari pembukaan 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm dalam waktu 2 jam (Marmi, 2012^a).

Primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam sedangkan pada multi gravida kira-kira 7 jam , (Marmi, 2012^a).

Tabel 2.5

Perbedaan fase

Antara primigravida dan multigravida

No	Primigravida	Multigravida
1	Serviks mendatar (<i>effacement</i>) dulu baru dilatasi	Serviks mendatar dan membuka bisa bersamaan
2	Berlangsung 13-14 jam	Berlangsung 6-7 jam

Sumber : Marmi, (2012^a).

Penggunaan partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan merupakan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis kala I (Marmi, 2012^a).

Partograf digunakan selama fase aktif persalinan. Kegunaan partograf adalah mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini

persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama.

Kondisi ibu dan bayi juga harus dimulai dan dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin : setiap ½ jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam , nadi setiap ½ jam, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam , tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam dan produksi urine, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam (Marmi, 2012^a).

Pencatatan selama fase aktif persalinan:

- 1) Informasi tentang ibu
- 2) Kondisi janin : DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentase janin, garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Jam dan waktu : waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan dan penilaian
- 5) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya
- 6) Obat-obatan dan cairan yang dibeikan : oksitosin dan obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu : nadi, tekanan darah dan temperature tubuh, urin (volume ,aseton atau protein)
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan (Marmi, 2012^a).

Menurut pencatatan dalam partograf

- 1) Pembukaan (Ø) Serviks

Pembukaan servik dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspada

merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam (JNPK-KR, 2008)

2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan daam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata “ turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera disisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan “O” pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus (JNPK-KR, 2008).

Tabel 2.6

Penurunan kepala janin

PERIKSA LUAR		PERIKSA DALAM	KETERANGAN
	= 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
	= 4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	= 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	= 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
	= 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul

	= 0/5	H IV	Di perineum
---	-------	------	-------------

Sumber : Saifudin, (2011)

3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamnya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu : kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20-40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilaian (JNPK-KR, 2008)

4) Keadaan janin

a) Denyut jantung janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkann DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik yang lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 1 dan 100, tetapi penolong sudah harus waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160 kali/menit (JPNK-KR, 2008).

b) Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban pecah) **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur

mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering)
(JNPK-KR,2008).

c) Molase Tulang Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase **(0)** tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, **(1)** tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, **(2)** tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, **(3)** tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan (JNPK-KR,2008).

d) Keadaan ibu

Hal yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume, protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan (JNPK-KR,2008).

2) Kala II (Pengeluaran Bayi)

Persalinan kala dua dimulaiketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda dan gejala kala II persalinan adalah adanya keinginan untuk menrran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, peningkatan tekanan pada rectum dan /atau vaginanya, perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ini membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Sukarni, 2013).

Kala II biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul

yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa ingin buang air besar dengan tanda anus membuka , Waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum membuka, perineum meregang. Komplikasi yang dapat timbul adalah eklamsia , kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, tanda-tanda lilian tali pusat (Rukiah, 2009)

a) His

His menjadi lebih kuat dan lebih cepat kira-kira dua sampai tiga menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk diruang panggul maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perinium mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mencedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentase suboksiput dibawah symfisis, dahi, muka, dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi (Wiknjosastro dkk, 2005).

b) Mekanisme persalinan normal

1) Engagement

Bila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (engaged) pada pintu atas panggul.

2) Penurunan

Penurunan adalah gerakan bagian presentase melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi fundus pada janin, dan

kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan.

3) Fleksi

Segera setelah kepala yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin

4) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina isciadika. Setiap kali terjadi kontraksi kepala janin diarahkan kebawah lengkung pubis, dan kepala hampir selalu berputar saat mencapai otot panggul.

5) Ekstensi

Saat kepala mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simpisis pubis, kemudian kepala muncul keluar akibat ekstensi.

6) Restitusi dan putaran paksi luar.

Restitusi adalah gerakan berputar setelah kepala bayi lahir, hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Putaran paksi luar terjadi saat bahu engaged dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala.

7) Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simpisis pubis.

3) Kala III atau kala pengeluaran plasenta

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini merupakan kelanjutan dari proses persalinan sebelumnya. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan hemostasis yang saling

mempengaruhi. Waktu plasenta dan selaputnya benar-benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata-rata kala III berkisar antara 15-30 menit, baik pada primipara maupun multigravida. Keuntungan manajemen aktif kala tiga adalah persalinan kala tiga lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta. Tiga langkah utama dalam manajemen aktif kala tiga adalah pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri (Sukarni, 2011).

4) Kala IV (Observasi)

Persalinan kala IV dimulai dengan kelHIRn plasenta dan berakhir 2 ja. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiah, 2009).

f. Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Rukiah dkk, 2012).

Tujuan dari asuhan persalinan normal adalah menjaga mereka kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Rukiah dkk, 2012), dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan (Rukiah dkk, 2012).

Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

- 1) Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan sayang ibu dan bayi.
- 2) Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), melalui dari hamil hingga bayi selamat.
- 3) Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu.

Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayi (Hidayat, 2010).

Menurut pengurus pusat IBI (2016) , asuhan kala II persalinan sesuai 60 langkah APN antara lain:

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfinter ani membuka
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir,

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:

- 1) Tempat, datar, rata, bersih, dan kering (termasuk ganjal bahu)
- 2) Alat pengisap lendir
- 3) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- a) Menggelar kain diperut bawah ibu menyiapkan oksitocin 10 unit

- b) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering,
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior ke posterior menggunakan kapas/ kasa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas/ kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam clorin 0,5% - langkah 9.
 - d) Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melanjutkan langkah berikutnya.
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya larutan klorin 0,5% selama 10 menit) cuci tangan setelah sarung tangan di lepaskan.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 kali/menit).

- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua secara temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
- 12) Minta bantuan keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat, dorongan yang kuat untuk meneran.
 - a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran, perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring telentang dalam waktu yang lama)
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - g) Segera rujuk jika bayi belum/ tidak akan lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran > 120 menit (2 jam) pada primigravida atau >60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bongkok ibu
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif dan bernaps cepat dan dangkal.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

Perhatikan:

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- 21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar berlangsung secara spontan
 - 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
 - 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menopang kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengn dan siku sebelah atas.
 - 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki

(masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

25) Lakukan penilaian (selintas)

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila satu jawabannya TIDAK lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lain dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia). Bila semua jawaban YA lanjut ke langkah 26.

26) Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (Gamelli).

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 pada atas bagian distal lateral (dilakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin) dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir.

30) Setelah 2 menit bayi lahir (cukup bulan) lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5cm dari pusat bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusat bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu

(sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekita 2 cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan peningkatan tali pusat.

- a) Menggunakan satu tangan pegang tali pusat yang sudah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantar kedua klem tersebut.
- b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi, kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan smpul kunci pada sisi lainnya.
- c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan

32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi.

Luruskan bahu bayi sehingga bahu bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

- a) Selimuti ibu bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi
- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di adad ibu paling sedikit 1 jam
- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit.
- d) Bayi cukup menyusui pada satu payudara
- e) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- 34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (di atas symphysis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
- 35) Setelah eterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorsocranial) secara berhati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas, jika uterus tidak berkontraksi minta ibu, suami atau anggota keluarga lainnya untuk melakukan puting susu,
- 36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding dengan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama ketika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah sejajar lantai, keatas)
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang. Pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat maka :
 - 1) Ulangi pemberian oksitocin 10 unit IM
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi tekanan dorso cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
 - 6) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik

tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase
- 39) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal), pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap, masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi yang luas dan menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 43) Pastikan kandung kemih kosong
- 44) Ajarkan ibu atau keluarga cara lakukan masase uterus dan nilai kontraksi

- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 46) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali ermenit)
 - a) Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas segera kerumah sakit rujukan
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang berkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau anduk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

- 56) Setelah satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K₁ mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali permenit) dan suhu tubuh (normal 36,5 – 37,5⁰c) setiap 15 menit.
 - 57) Setelah satu jam pemberian vitamin K₁, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
 - 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.
- g. Deteksi /penapisan awal ibu bersalin
- 1) Riwayat bedah caesar
 - 2) Perdarahan pervaginam
 - 3) Persalinan kurang bulan (UK<37 minggu)
 - 4) Ketuban pecah dengan mekonium kental
 - 5) Ketuban pecah lama (>24 jam)
 - 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
 - 7) Ikterus
 - 8) Anemia berat
 - 9) Tanda dan gejala infeksi
 - 10) Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan
 - 11) Tinggi fundus 40 cm atau lebih
 - 12) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
 - 13) Presentasi bukan belakang kepala
 - 14) Gawat janin
 - 15) Presentasi majemuk
 - 16) Kehamilan gemeli

- 17) Tali pusat
- 18) menumbung
- 19) Syok

3. Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian

Baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Marmi, 2012)

Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram samapi dengan 4000 gram (Wahyuni, 2011)

Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan dan teratur, berat badan antara 2.500-4.000 gram serta harus melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehdupan ekstrauterin (Saifudin, 2010).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru dilahirkan dari usia kehamilan 37 minggu sampai 42minggu, lahir segera menangis, tanpa tindakan apapun, dengan berat lahir antara 2.500 gram sampai 4000 gram serta dapat beradaptasi dengan lingkungan ekstra uterin dengan baik.

b. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Menurut Marmi, (2012^b) ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah:

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit

- 6) Pernafasan \pm 40-60 kali/menit
- 7) Suhu $36,5^0\text{c}$ - $37,5^0\text{c}$
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 9) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 10) Kuku agak panjang dan lemas
- 11) Genetalia :
 - a) Laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora, labia mayora menutupi labia minora
- 12) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 13) Refleks morro atau gerak memeluk sudah baik
- 14) Refleks grasps atau menggenggam sudah baik
- 15) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan
- c. Penilaian baru lahir

Segera setelah bayi baru, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan :

 - 1) Apakah bayi cukup bulan?
 - 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
 - 3) Apakah bayi menangis atau bernapas ?
 - 4) Apakah tonus otot bayi baik ?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau otot tidak baik lakukan langkah resusitasi. (JPNK-KR,2008).

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Yang dinilai ada 5 poin yaitu :

- 1) *Appearance* (warna kulit)
- 2) *Pulse rate* (frekuensi nadi)
- 3) *Grimace* (reaksi rangsangan)
- 4) *Activity* (tonus otot)
- 5) *Respiratory* (pernapasan)

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1 dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan dikemudian hari lebih besar. Berhubungan dengan penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit (JPNK-KR,2008).

Tabel 2.7

Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
<i>Appearance</i>	Pucat	Badan merah, Ektrimitis biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i>	Tidak ada	<100 x/menit Sedikit gerakan	➤ 100 x/menit
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Mimik/menyerangi	Batuk/bersin

<i>Activity</i>	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i>	Tidak ada	Lemak/ tidak teratur	Baik/menangis

Sumber: Sarwono Prawirohardjo, (2014)

Hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

- 1) Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal
- 2) Nilai Apgar 4-6 : Asfiksia sedang ringan
- 3) Nilai Apgar 0-3 : Asfiksia berat (Sarwono Prawirohardjo, 2014) .

1) Adaptasi fisik Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar uterus antara lain:

a) Perubahan pada sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari(Marmi, 2012^b).

Tabel 2.8

Perkembangan sistem pulmoner

Umur kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Diferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus

24 minggu	Dibentuk alveolus
28 minggu	Dibentuk surfaktan
34-36 minggu	Maturasi struktur (paru-paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis lagi)

Sumber: Marmi, (2012^a)

b) Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- (1) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- (2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- (3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)
- (4) Refleksi deflasi Hering Breur (Dewi, 2010)

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulasi oleh sensor kimia suhu akhirnya bayi memulai aktivitas napas untuk pertama kali (Varney et al, 2007)

c) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem dan karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang

paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan ariks napas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat, dengan demikian paru-paru berkembang. Tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru (Dewi, 2010).

d) Perubahan pada sistem pencernaan

Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya, dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sering tapi sedikit, contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi (Marmi, 2012^b).

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses berbentuk dan berwarna biasa enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amilase pankreas (Dewi, 2010).

Adapun adaptasi saluran pencernaan adalah :

- 1) Hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc
 - 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida
 - 3) Difisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir
 - 4) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia 2-3 bulan (Marni,2012^b)
- e) Perubahan pada system hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemapoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, ditoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna (Marni,2012^b).

- f) Perubahan pada system metabolisme

Jam pertama setelah kelahiran energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat dan pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat. Energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah melahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100 ml, apabila oleh sesuatu hal, misalnya bayi dari ibu yang menderita DM dan BBLR perubahan glukosa menjadi glikogen akan meningkat atau terjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi, untuk memfungsikan otak, bayi baru lahir memerlukan glukosa dalam

jumlah tertentu. Setelah tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir, seorang bayi harus mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri, pada setiap bayi baru lahir glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam).

Koreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu :

- 1) Melalui penggunaan ASI (bayi baru lahir sehat harus didorong untuk diberi ASI secepat mungkin setelah lahir)
 - 2) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenesis)
 - 3) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (Dewi, 2010)
- g) Perubahan pada system thermoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu diluar iterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu didalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0.6°C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus (Marni, 2012^b).

Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi adalah :

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara sempurna.
- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Wahyuni, 2012)

Suhu tubuh normal pada neonatus adalah 36.5°C - 37.5°C melalui pengukuran diaksila dan rektum, jika suhu kurang dari 35°C maka bayi disebut mengalami hipotermia.

Gejala hipotermia:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah.
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun.
- 3) Timbul sklerema: kulit mengeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan.
- 4) Muka bayi berwarna merah terang
- 5) Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus dan kematian (Wahyuni, 2012)

Empat mekanisme kehilangan panas tubuh dari bayi baru lahir :

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contohnya : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Wahyuni, 2012).

2) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh : membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin (Wahyuni, 2012).

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua objek yang mempunyai suhu yang berbeda) contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan *Air Conditioner (AC)* tanpa diberikan pemanas (*radiant warner*), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir ditidurkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok (wahyuni, 2012)

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati (Wahyuni, 2012)

h) Kelenjar endokrin

Adapun penyesuaian pada sistem endokrin adalah :

- 1) Kelenjar tiroid berkembang selama minggu ke 3 dan 4
- 2) Sekresi – sekresi thyroxyn dimulai pada minggu ke-8.

Thyroxin maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormon thyroid akan lahir dengan hypotiroidisme kongenital jika tidak ditangani akan menyebabkan reterdasi mental berat.

- 3) Kortek ardenal dibentuk pada minggu ke-6 dan menghasilkan hormon pada minggu ke-8 atau minggu ke-9
- 4) Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke-5 sampai minggu ke-8 dan pulau langerhans berkembang selama minggu ke-12 serta insulin diproduksi pada minggu ke-20 pada infant dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal

hyperglukemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau hyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus yang berlebih (Dewi, 2010)

5) Hyperinsulinemia dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distres penapasan (Dewi, 2010)

i) Perubahan pada system renal

Ginjal pada neonatus belum berfungsi sempurna, hal ini karena :

- 1) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa
- 2) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- 3) Aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjal mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir.

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu 30-60 ml. Normalnya dalam urin tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal (Marni,2012^b).

j) Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (Ph) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerob dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis (Marni,2012^b).

k) Perubahan pada sistem reproduksi

Sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel- sel ini mengandung komplemen lengkap ovarium yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa (Lailiyana, 2012).

Menurut Lailiyana (2012) peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genetalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak, pada bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Bayi, prematur klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka, pada laki-laki testis turun dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Saat usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat seringkali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap terhadap estrogen ibu ukuran genetalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya, terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hinrokel (Penimbunan

cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan.

l) Perubahan pada sistem skeletal

Bayi baru lahir, arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada columna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi baru mulai mengendalikan kepalanya, kurvatura lain berbentuk di daerah servikal. Bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskandan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki, Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana, 2012)

m) Perubahan pada system neuromuskuler

Sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal (Marni, 2012^b).

Beberapa refleks pada bayi diantaranya :

1) Refleks Glabela

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama (Marni,2012^b).

2) Refleks hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusu (Marni,2012^b).

3) Refleks mencari (rooting)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya : mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya (Marni,2012^b).

4) Refleks genggam (*palmar graps*)

Letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan, bayi mengepalkan (Marni,2012^b).

5) Refleks babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperkstensi dengan ibu jari dorsofleksi (Marni,2012^b).

6) Refleks moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marni,2012^b).

7) Refleksi Ekstrusi

Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marni,2012^b).

8) Refleksi tonik leher “Fencing”

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensidan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat (Marni,2012^b).

n) Immunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah dan meminimalkan infeksi (Marni,2012^b).

Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah embentukan sistem kekebalan tubuh, karena adanya defisiensi kekebalan alami yang didapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai , oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting (Marni,2012^b).

2) Masa Transisi Bayi Baru Lahir

- a) Masa transisi adalah masa ketika bayi menstabilkan dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstrauteri(Varney et all, 2008).

b) Periode transisi bayi baru lahir: Perilaku dan temuan pada bayi baru lahir serta dukungan bidan dalam masa transisi bayi baru lahir antara lain :

1) Periode reaktivitas pertama dari lahir hingga 30 menit pertama kehidupan.

Perilaku/ temuan yaitu : Frekuensi jantung cepat, terlihat denyutan tali pusat, warna menunjukkan sianosis sementara atau akrosianosis, pernapasan cepat dibatas atas rentang normal, dan terdapat rales dan ronki, rales harus hilang dalam dalam 20 menit, bayi mungkin menunjukkan pernapasan cuping hidung disertai bunyi dengkur dan retraksi dinding dada, adanya mukus biasanya akibat cairan paru yang tertahan, mukus encer, jernih, kadang terdapat gelembung-gelembung kecil, mata terbuka, bayi menunjukkan perilaku terjaga, mungkin menangis, terkejut atau mencari puting susu, seringkali mengeluarkan feses sesaat setelah lahir, bising usus biasanya timbul dalam 30 menit, bayi memfokuskan pandangannya pada ibu atau ayahnya ketika mereka berada pada lapang pandang yang tepat, bayi menunjukkan tonus otot ekstermitas atau fleksi dan ekstermitas bawah ekstensi, kebanyakan akan menyusui pada periode ini (Varney et all, 2008).

Dukungan bidan :

- a) Memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir
- b) Membiarkan ibu menggendong bayi untuk membantu proses pengenalan
- c) Membantu ibu untuk menyusui bayinya ketika bayi berada pada tahap terjaga penuh sebagai perlindungan terhadap hipoglikemia fisiologis yang terjadi setelah lahir.

- d) Minimalkan prosedur maternal yang tidak nyaman selama periode ini (Varney et all, 2008)
- 2) Periode tidur yang tidak berespon usia 30 menit hingga 2 jam

Perilaku atau temuan:

- a) Frekuensi jantung menurun hingga kurang dari 140 denyut permenit pada periode ini.
- b) Kadang terdengar murmur: indikasi bahwa duktus arteriosus belum sepenuhnya menutup (temuan normal)
- c) Frekuensi pernapasan menjadi lebih lambat dan tenang
- d) Tidur nyenyak
- e) Bising usus terdengar, tetapi kemudian berkurang (Varney et all, 2008).

Dukungan bidan:

- a) Jika memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan mayor atau dimandikan selama periode ini.
- b) Tidur nyenyak yang pertama ini memungkinkan bayi pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera kehidupan ekstrauteri (Varney et all, 2008).
- 3) Periode reaktivitas kedua 2 hingga 6 jam kehidupan
 - a) Frekuensi jantung labil
 - b) Warna cepat berubah karena pengaruh stimulus lingkungan
 - c) Frekuensi pernapasan bervariasi, karena tergantung aktivitas, harus <60 kali permenit tanpa disertai rales dan ronki
 - d) Mungkin tertarik untuk menyusu

- e) Mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir (Varney et all, 2008).

Dukungan bidan :

- a) Pemberian ASI segera untuk mencegah hipoglikemia dan menstimulasi pengeluaran faeces dan mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus yang menyebabkan pembentukan vitamin k oleh saluran cerna
- b) Bayi yang diberi susu botol biasanya minum kurang dari 30ml tiap pemberian
- c) Wanita yang baru menjadi ibu harus diberi tahu teknik menyendawakan.
- d) Lendir yang muncul selama pemberian makan dini dapat menghambat pemberian makan yang adekuat. Lendir yang banyak mungkin mengindikasikan adanya masalah, seperti atresia esofagus. Lendir yang bercampur empedu menandakan adanya penyakit (Varney et all, 2008).

3) Kebutuhan fisik BBL

a) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir dapat dipenuhi melalui Air Susu Ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang. Pemberian ASI eksklusif berlangsung hingga enam bulan tanpa adanya makanan pendamping lain, sebab kebutuhan sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan oleh bayi. Selain itu sistem pencernaan bayi usia 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat (Marmi, 2012^b).

Komposisi ASI berbeda dengan susu sapi. Perbedaan yang penting terdapat pada konsentrasi protein dan mineral yang

lebih rendah dan laktosa yang lebih tinggi, lagi pula rasio antara protein whey dan kasein pada ASI jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rasio tersebut pada susu sapi. Kasein dibawah pengaruh asam lambung menggumpal hingga lebihsukar dicerna oleh enzim-enzim. Protein pada ASI juga mempunyai nilai biologi tinggi sehingga hampir semuanya digunakan tubuh (Marmi, 2012^b).

Komposisi lemak, ASI mengandung lebih banyak asam lemak tidak jenuh yang esensial dan mudah dicerna, dengan daya serap lemak ASI mencapai 85-90%. Asam lemak susu sapi yang tidak diserap mengikat kalsium dan trace elemen lain hingga dapat menghalangi masuknya zat-zat tadi (Marmi, 2012^b).

Keuntungan lain ASI ialah murah, tersedia pada suhu yang ideal, selalu segar dan bebas pencemaran kuman, menjalin kasih sayang antar ibu dan bayinya serta mempercepat pengembalian besarnya rahim kebentuk sebelum hamil (Marmi, 2012^b).

b) Cairan dan elektrolit

Air merupakan nutrien yang berfungsi menjadi medium untuk nutrien yang lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi (75-80%) dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI (Marmi, 2012^b).

c) Personal Hygiene (Perawatan tali pusat)

Menjaga kebersihan bayi baru lahir sebenarnya tidak perlu dengan langsung dimandikan, karena sebaiknya bagi bayi baru lahir di anjurkan untuk memandikan bayi setelah 6 jam

bayi dilahirkan. Hal ini dilakukan agar bayi tidak kehilangan panas yang berlebihan, tujuannya agar bayi tidak hipotermi, karena sebelum 6 jam pasca kelahiran suhu tubuh bayi sangatlah labil. Bayi masih belum perlu beradaptasi dengan suhu disekitarnya (Dewi, 2010).

Setelah 6 jam kelahiran bayi dimandikan agar terlihat lebih bersih dan segar. Sebanyak 2 kali dalam sehari bayi dimandikan dengan air hangat dan ruangan yang hangat agar suhu tubuh bayi tidak hilang dengan sendirinya, diusahakan bagi orangtua untuk selalu menjaga keutuhan suhu tubuh dan kestabilan suhu bayi agar bayi selalu merasa nyaman, hangat dan terhindar dari hipotermi (Dewi, 2010)

Buang air besar hari 1-3 disebut mekonium yaitu faeces berwarna kehitaman, hari ke 3 -6 faeces transisi yaitu warna coklat sampai kehijauan karena masih bercampur mekonium, selanjutnya faeces akan berwarna kekuningan. Segera bersihkan bayi setiap selesai BAB agar tidak terjadi iritasi didaerah genitalia (Dewi, 2010).

Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Setiap habis BAK segera ganti popok supaya tidak terjadi iritasi didaerah genitalia (Dewi, 2010).

4) Kebutuhan kesehatan dasar

a) Pakaian

Seorang bayi yang berumur usia 0-28 hari memiliki kebutuhan tersendiri seperti pakaian yang berupa popok, kain bedong dan baju bayi. Semua ini harus didapat oleh seorang bayi. Kebutuhan ini bisa termasuk kebutuhan primer karena setiap orang harus mendapatkannya. Perbedaan antara bayi

yang masih berumur dibawah 28 hari adalah bayi ini perlu banyak pakaian cadangan karena bayi perlu mengganti pakaiannya tidak tergantung waktu. Gunakan pakaian yang menyerap keringat dan tidak sempit, segera ganti pakaian jika basah dan kotor . Ketika dibawah eluar rumah gunakan pakaian secukupnya tidak terlalu tebal atau tipis, jangan gunakan gurita terlalu kencang, yang penting pakaian harus nyaman dan tidak mengganggu aktivitas bayi (Marmi, 2012^b).

b) Sanitasi lingkungan

Secara keseluruhan bagi neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah, terhindar dari pencemaran udara seperti asap rokok, debu, sampah adalah hal yang harus dijaga dan diperhatikan. Lingkungan yang baik akan membawa sisi yang positif bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, karena pada lingkungan yang buruk terdapat zat-zat kimia yang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan mulai dari neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah (Marmi, 2012^b).

Iklm dan cuaca yang baik juga akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh anak, apalagi saat musim hujan ataupun saat peralihan musim, anak akan sering sakit baik itu pilek, batuk maupun demam, karena sistem kekebalan tubuh dan kesehatan anak akan dipengaruhi oleh lingkungan sekitar baik itu cuaca maupun iklim (Marmi, 2012^b).

Bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal (Marmi, 2012^b).

c) Perumahan

- 1) Atur suhu rumah agar jangan terlalu panas ataupun terlalu dingin

- 2) Bersihkan rumah dari debu sampah
 - 3) Usahakan sinar matahari dapat masuk kedalam rumah
 - 4) Beri ventilasi pada rumah minimal 1/15 dari luas rumah (Marmi, 2012^b).
- 5) Kebutuhan psikosial (Rawat gabung/Bounding attachment)
- a) Kasih sayang(*Bounding attachment*)
 - 1) Sentuhan sentuhan atau indra peraba, dipakai secara ekstensi oleh orang tua dan pengasuh lain sebagai sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya. Penelitian telah menemukan suatu pola sentuhan yang hampir sama yakni pengasuh mulai mengeksplorasi jari tangan ke bagian kepala dan tungkai kaki, tidak lama kemudian pengasuh menggunakan telapak tangannya untuk mengelus badan bayi dan akhirnya memeluk dengan tangannya. Sering-seringlah memeluk dan menimang dengan penuh kasih sayang (Marmi, 2012^b).
 - 2) Kontak mata
Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Perhatikan saat sedang menyusui dan berikan belaian penuh kasih sayang (Marmi, 2012^b).
 - 3) Suara
Saling mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya juga penting. Orang tua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tegang, sedangkan bayi akan menjadi tenang dan berpaling kearah orang tua mereka saat orang tua mereka berbicara dengan suara bernada tinggi. Bicara dengan nada lembut dan halus, serta penuh kasih sayang (Marmi, 2012^b).

4) Aroma

Perilaku lain yang terjalin antara orang tua dan bayi ialah respon terhadap aroma atau bau masing-masing. Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik, sedangkan bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya (Marmi, 2012^b).

5) Entrainment

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicara orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tuanya. Entrainment terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini memberikan umpan balik positif kepada orang tua dan menegaskan suatu pola komunikasi efektif yang positif (Marmi, 2012^b).

6) Bioritme

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alami ibunya, untuk itu, salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsive. Hal ini dapat meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar (Marmi, 2012^b).

7) Kontak dini

Saat tidak bukti-bukti alamiah yang menunjukkan kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orang tua dan anak. Ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini :

- a) Kadar oksitosin dan prolaktin meningkat
- b) Refleks mengisap dilakukan dini

- c) Pembentukan kekebalanaktif dimulai
- d) Mempercepat ikatan antara orang tua dan anak
- e) *Body warmth* (kehangatan tubuh)
- f) Waktu pemberian kasih sayang
- g) Stimulasi hormonal (Marmi, 2012^b).

b) Rasa aman

Jangan sesekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan penghangat buatan ditempat tidur (Marmi, 2012^b).

c) Harga diri

Dipengaruhi oleh orang sekitar dimana pemberian kasih sayang dapat membentuk harga diri anak. Hal ini bergantung pada pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional (Marmi, 2012^b).

d) Rasa memiliki

Didapatkan dari dorongan orang disekelilingnya (Marmi, 2012^b).

6) Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

a) Pelayanan Essensial Pada Bayi Baru Lahir

1) Jaga bayi tetap hangat

Menurut Asri dan Clervo (2012), menjelaskan cara menjaga agar bayi tetap hangat sebagai berikut :

- a) Mengeringkan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat
- b) Membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering.
- c) Mengganti semua handuk/ selimut basah
- d) Bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang
- e) Buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur dan

membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai

- f) Menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut.
 - g) Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat.
 - h) Memberikan bayi pada ibunya secepat mungkin
 - i) Meletakkan bayi diatas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering.
 - j) Tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.
- 2) Pembebasan jalan napas
- Perawatan optimal jalan napas paa BBL sebagai berikut :
- a) Membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering
 - b) Menjaga bayi tetap hangat
 - c) Menggosok punggung bayi secara lembut
 - d) Mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher dengan sedikit ekstensi diperut diperut ibu (Asri dan Sujiyatini, 2010)
- 3) Cara mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi :
- a) Mencuci tangan dengan air sabun
 - b) Menggunakan sarung tangan
 - c) Pakaian bayi harus bersih dan hangat
 - d) Memakai alat dan bahan yang steril pada saat memotong tali pusat.
 - e) Jangan mengoleskan apapun pada bagian tali pusat
 - e) Hindari pembungkusan tali pusat (Asri dan Sujiyatini, 2010)
- 4) Perawatan tali pusat
- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat

- b) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat
- c) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- d) Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi
- e) Lipat popok dibawah puntung tali pusat
- f) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri
- g) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih
- h) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat : kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2010)

5) Inisiasi Menyusui Dini

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulanditeruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan.

Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu :

- 1) Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan
- 2) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam
- 3) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu (Kemenkes RI, 2010).

6) Pemberian Salep Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah IMD dan bayi setelah menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1% (Kemenkes RI, 2010)

7) Pemberian Vitamin K

Pencegahan terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K apada bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K1 (phytomenadion) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri 1 jam setelah IMD (Kemenkes RI, 2010)

8) Pemberian Imunisasi 0

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskuler. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan Pada bayi umur 0-7 hari karena :

- a) Sebagian ibu hamil merupakan *Carrier* Hepatitis B.
- b) Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- c) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
- d) Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan hepatitis B (Kemenkes RI, 2010)

b) Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/ perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu kunjungan I pada 6 -48 jam

setelah lahir, kunjungan II pada hari ke 3-7 setelah lahir, kunjungan III pada hari ke 8-28 setelah lahir. Jenis pelayanan yang diberikan yaitu :

- 1) Penimbangan berat badan
 - 2) Pengukuran panjang badan
 - 3) Pengukuran suhu tubuh
 - 4) Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
 - 5) Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
 - 6) Frekuensi nafas/menit
 - 7) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
 - 8) Memeriksa adanya diare
 - 9) Memeriksa ikterus/ bayi kuning
 - 10) Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
 - 11) Memeriksa status pemberian vitamin K1
 - 12) Memeriksa status imunisasi HB-0
 - 13) Memeriksa masalah/ keluhan ibu (Kemenkes RI, 2015^b)
- c) Tanda bahaya pada bayi baru lahir
- 1) Tidak mau menyusu
 - 2) Kejang-kejang
 - 3) Lemah
 - 4) Sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/ menit),
terikan dinding dada bagian bawah ke dalam
 - 5) Bayi merintih atau menangis terus menerus
 - 6) Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau
benanah
 - 7) Demam/ panas tinggi
 - 8) Mata bayi bernanah
 - 9) Diare/buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
 - 10) Kulit dan mata bayi kuning
 - 11) Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat

Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya diatas bayi segera dibawa ke fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2015^b).

4. Nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil, lama masa nifas ini 6-8 minggu (Ambarwati danWulandari, 2010).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Marmi, 2012^b).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa setelah lahirnya bayi dan plasenta sampai alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang lamanya 6 minggu.

b. Tujuan Asuhan masa Nifas

- 1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
- 2) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu.
- 3) Merujuk ibu ketenaga ahli bila perlu
- 4) Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibuuntuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
- 5) Imunisasi ibu terhadap tetanus
- 6) Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Sulistyawati, 2009^b)
- 7) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui,

memberikan imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehat (Marmi, 2012^b)

c. Peran dan Tanggung Jawab Masa Nifas

Menurut Marmi (2012^c), menjelaskan bahwa bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian post partum, karena periode ini merupakan masa kritis bagi ibu dan bayi.

Menurut Ambarwati dan Wulandari (2010), peranan dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas adalah :

- 1) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan
- 2) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 3) Memfasilitasi hubungan dan ikatan batin antara ibu dan bayi
- 4) Memulai dan mendorong pemberian ASI

d. Tahapan masa nifas

Menurut Marmi (2012^c), masa nifas dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

- 1) Puerperium dini
Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan
- 2) Puerperium intermedial
Suatu kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam sampai delapan minggu.
- 3) Remote puerperium
Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu apabila selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

e. Kebijakan program nasional masa nifas

Menurut Marmi (2012^c), menjelaskan kebijakan program nasional yang telah dibuat oleh pemerintah mengenai masa nifas merekomendasikan paling sedikit empat kali

melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul yang mengganggu kesehatan maupun bayinya.

Berikut ini merupakan turan waktu dan bentuk asuhan yang wajib diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

Tahapan kunjungan masa nifas antara lain:

- 1) Kunjungan I (6-8 jam post partum)
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi
 - g) Setelah bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama

setelah kelahiran atau setelah keadaan ibu atau bayi baru lahir baik Marmi (2012^c).

2) Kunjungan II (6 post partum)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan baik dan normal, uterus berkontraksi dengan baik, Tinggi Fundus Uteri (TFU) dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
- c) Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup
- d) Memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi dan cukup cairan.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
- f) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir Marmi (2012^c).

3) Kunjungan III(2 minggu post partum)

Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum (Marmi,2012^c).

4) Kunjungan IV (6 minggu post partum)

- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa jifas
- b) Memberikan konseling keluarga berencana (KB) secara dini (Marmi, 2012^c).

f. Perubahan fisiologi masa nifas

Perubahan fisiologi masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus

1) Pengetahuan rahim (*involusi*)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil, dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (Sulistyawati, 2009^b).

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterin. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 0 kali panjangnya dari semula sebelum hamil atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan, hal ini disebabkan karena penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron (Sulistyawati, 2009^b).

b) Atrofi jaringan

Jaringan yang berproflerasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta, selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan bergenerasi menjadi endometrium baru (Sulistyawati, 2009^b).

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intruterin yang sangat besar. Hormon oksitocin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi

uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostosis. Kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Lika bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total (Sulistyawati, 2009^b).

Selama 1 sampai 2 jam post partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur, karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskular segera setelah kepala bayi lahir, pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara (Sulistyawati, 2009^b).

Perubahan ini dapat diketahui dengan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri) seperti :

- Setelah bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- Akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat
- Satu minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram
- Dua minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram
- Enam minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram (Sulistyawati, 2009^b).

Menurut Ambarwati dan Wulandari (2010), menjelaskan involusi dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa-

fundus uteri dengan cara :

- Segera setelah persalinan, TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- Hari ke dua setelah persalinan TFU 1 cm dibawah pusat, pada hari ke 5-7 TFU $\frac{1}{2}$ pusat simpisis, hari ke 10 TFU tidak teraba lagi.

Tabel 2.9

Involusi uterus pada masa nifas

Involusi uterus	TFU	Berat Uterus (gr)	Diameter bekas Melekat plasenta
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000	12,5 c m
7 hari	Pertengahan pusat sympisis	500	7,5
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350	5 cm
6 minggu	Normal	60	2,5 cm

Sumber : Marmi, (2012^c)

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi caran rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea mempunyai

reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda –beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi, lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi (Sulistyawati, 2009^b).

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis, berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

a) Lokhea rubra/merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi dengan segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium (Sulistyawati, 2009^b).

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung pada hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum (Sulistyawati, 2009^b).

c) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke -7 sampai hari ke-14 (Sulistyawati, 2009^b).

d) Lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan

yang mati, lochea alba ini dapat berlansung selama 2-6 minggu post partum (Sulistyawati, 2009^b).

b) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin (Sulistyawati, 2009^b).

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil, karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi kekeadaan seperti sebelum hamil (Sulistyawati, 2009^b).

Muara serviks yang berdilatasi samapi 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk kedalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali (Sulistyawati, 2009^b).

c) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali keadaan

tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol, pada masa nifas biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi (Sulistyawati, 2009^b).

d) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sulistyawati, 2009^b).

e) Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolom menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan dan ambulasi awal, bila ini tidak berhasil dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksantia. Selain konstipasi ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan (Sulistyawati, 2009^b).

f) Perubahan sistem perubahan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dan keadaan ini adalah terdapat spasme sfinter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis” ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Sulistyawati, 2009^b).

g) Perubahan sistem musculoskeletal

Otot-otot uterus berkonstraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur, tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan ligament, fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Sulistyawati, 2009^b).

h) Perubahan sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 persen

dalam 3 jam hingga hari ke-7 *post partum* dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 *post partum* (Sulistyawati, 2009^b).

2) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat, pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Sulistyawati, 2009^b).

3) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone (Sulistyawati, 2009^b).

4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi karena penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dan menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009^b).

i) Perubahan tanda vital

1) Suhu badan

Menurut Sulistyawati (2009^b), menjelaskan bahwa dalam 1 hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^0$ - 38^0 c) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu

tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (mastitis, traktus genetalia atau sistem lain).

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi (Sulistyawati, 2009^b).

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya preeklampsia post partum (Sulistyawati, 2009^b).

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Sulistyawati, 2009^b).

j) Perubahan sistem kardiovaskuler

Menurut Sulistyawati (2009^b) selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan embuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal.

Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu banyak sekali mengeluarkan jumlah urine. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Saat persalinan, vagia kehilangan darah sekitar 200-500ml, sedangkan persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt(haematokrit).

k) Perubahan sistem hematologi

Selama minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah mekin meningkat. Hari-hari post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meingkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama (Sulistyawati, 2009^b).

g. Kebutuhan dasar ibu nifas

1) Nutrisi

Nutrisi atau gisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin,

pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna (ambarwati dan Wulandari, 2010).

Disamping itu harus mengandung :

a) Sumber tenaga (energi)

Zat karbohidrat sangat dibutuhkan untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi). Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu, ubi, sedangkan zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati seperti kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa dan margarine (ambarwati dan Wulandari, 2010).

b) Sumber membangun

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amino sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa ke hati melalui pembuluh darah vena porta. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati,telur, susu dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe). Sumber protein terlengkap terdapat dalam susu , telur, dan keju, ketiga makanan tersebut juga mengandung zat kapur, zat besi, dan vitamin B (ambarwati dan Wulandari, 2010).

c) Sumber pengatur dan pelindung (Mineral,vitamin dan air)

Unsur-unsur tersebut digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui) Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah-buahan segar (ambarwati dan Wulandari, 2010).

2) Ambulasi dini

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijakan untuk secepat mungkin klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan *early ambulation* adalah klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat Maritalia (2012).

Menurut Maritalia (2012), menjelaskan bahwa pada persalinan normal, ibu tidak terpasang infus dan kateter serta tanda-tanda vital berada dalam batas normal, biasanya diperbolehkan untuk ke kamar mandi dengan dibantu, satu atau dua jam setelah melahirkan, namun sebelumnya ibu diminta untuk melakukan latihan untuk menarik nafas yang dalam serta latihan tungkai sederhana dengan cara mengayunkan tungkainya ditepi tempat tidur. Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap diawali dengan gerakan miring ke kanan dan ke kiri, jangan terburu-buru. Pemulihan pasca salin akan berlangsung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk sistem peredaran darah , pernafasan dan otot rangka. Penelitian membuktikan bahwa *early ambulation* mencegah terjadinya sumbatan pada aliran darah yang bisa menyebabkan terjadinya thrombosis vena dalam dalam bisa menyebabkan infeksi pada pembuluh darah.

3) Eliminasi

a) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam, karena enema prapersalinan, diit cair, obat-obatan analgesik selama persalinan dan perineum yang sakit (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Menurut Maritalia (2012) menjelaskan memasuki masa nifas, ibu diharpakn untuk berkemih dalam 6-8jam pertama.

b) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikn laksan supositoria dan minum air hangat. Buang air besar secara teratur, pemberian cairan yang banyak , makanan cukup serat dan olahraga (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Kebutuhan untuk defekasi biasanya timbul pada hari pertama sampai hari ketiga post partum. Kebutuhan ini dapat terpenuhi bila ibu mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, cukup cairan dan melakukan mobilisasi dengan baik dan benar (Martilita, 2012).

4) Kebersihan diri/perawatan perineum

a) Mandi

Mandi teratur minimal 2 kali sehari. Mandi ditempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, serta lingkungan dimana ibu tinggal yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

b) Perawatan

Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat

penyembuhan, setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari dan pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

5) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterin dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. Tujuan istirahat untuk pemulihan kondisi ibu dan untuk pembentukan atau produksi ASI (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

6) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali, untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami atau istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan, saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

7) Rencana KB

Pemilihan kontrasepsi harus segera dipertimbangkan pada masa nifas. Kontrasepsi yang mengandung hormon bila

digunakan harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI. Biasanya ibu post partum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama menyusui, oleh karena itu, amenorea laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan. Sebelum menggunakan metode KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu, meliputi bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan, serta kelebihan dan keuntungan, efek samping kekurangannya.

Bagaimana memakai metode ini dan kapan metode dapat dimulai digunakan untuk wanita pasca persalinan yang menyusui (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

8) Senam nifas

Masa nifas yang berlangsung lebih kurang 6 minggu, ibu membutuhkan latihan-latihan tertentu yang mendapat mempercepat proses involusi. Senam nifas sebaiknya dalam 24 jam setelah persalinan, secara teratur setiap hari.

Manfaat senam nifas antara lain :

- a) Memperbaiki sirkulasi darah sehingga mencegah terjadinya pembekuan (trombosit) pada pembuluh darah terutama pembuluh tungkai.
- b) Memperbaiki sikap tubuh setelah kehamilan dan persalinan dengan memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung.
- c) Memperbaiki tonus otot pelvis.
- d) Memperbaiki regangan otot tungkai bawah
- e) Memperbaiki regangan otot abdomen setelah hamil dan melahirkan.
- f) Meningkatkan kesadaran untuk melakukan relaksasi otot-otot dasar panggul.

- g) Mempercepat terjadinya proses involusi organ-organ reproduksi (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Senam nifas sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan normal dan 8 jam setelah persalinan caesar, ibu sudah dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Tujuan dari mobilisasi dini agar persedaran darah ibu dapat berjalan dengan baik, selanjutnya ibu dapat melakukan senam nifas (Marmi,2012^c).

Melakukan senam nifas tepat waktu, maka hasil yang didapat pun bisa maksimal. Senam nifas tentunya dilakukan secara bertahap hari demi hari. Bentuk latihan senam antara ibu yang baru habis bersalin caesar, beberapa jam setelah keluar dari kamar operasi, pernafasan yang dilatih guna mempercepat penyembuhan luka operasi, sementara latihan untuk mengencangkan otot perut dan melancarkan darah ditungkai baru dilakukan 2-3 hari setelah ibu dapat bangun dari tempat tidur , sedangkan pada persalinan normal, bila keadaan cukup baik, semua gerakan senam bisa dilakukan (Marmi,2012^c).

h. Tanda bahaya masa nifas

- 1) Perdarahan lewat jalan lahir
- 2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- 3) Bengkak diwajah, tangan dan kaki kepala dan kejang-kejang.
- 4) Demam lebih dari 2 hari
- 5) Ibu terlihat sedih, murung menangis tanpa sebab (depresi)
- 6) Payudara bengkak , merah disertai rasa sakit (Kemenkes RI, 2015)

B. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Menurut Kepmenkes No. 938 tahun 2007 menjelaskan standar asuhan kebidanan sebagai berikut :

1. Standar I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria pengkajian :

- a) Data tepat, akurat dan lengkap
- b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa, biodata dan keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: Perumusan dan diagnosa atau masalah

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c. Bisa diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

Kriteria perencanaan:

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarganya
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya klien/keluarga
- d. Memiliki tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumberdaya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psi-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (*inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.

- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Standar V: Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukans sesuai standar
- d. Hasil evaluasi ditaindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

6. Standar VI : pencatatan asuhan kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan /kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria pencatatan asuhan kebidanan:

- 1) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- 2) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 3) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maslah kebidanan.
- 4) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/follow up dan rujukan.

C. KEWENANGAN BIDAN

Berdasarkan Pemenkes Republik Indonesia No. 28 tahun 2017, kewenangan bidan yaitu:

Pasal 18

Dalam rangka penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 19

- 1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan :
 - a. Konseling pada masa sebelum hamil;
 - b. Antenatal pada kehamilan normal;
 - c. Persalinan normal;
 - d. Ibu nifas normal;
 - e. Ibu menyusui; dan
 - f. Konseling ada masa antara dua kehamilan
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :
 - a. Episiotomi;
 - b. Pertolongan persalinan normal;
 - c. Penjahitan jalan lahir tingkat I dan II;
 - d. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan ;

- e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. Pemberian vitami A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
- h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i. Penyuluhan dan konseling;
- j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bidan berwenang melakukan:
 - a. Pelayanan neonatal esensial;
 - b. Penanganan kegawatdaruratann dilanjutkan dengan rujukan;
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah; dan
 - d. Konseling dan penyuluhan.
- 3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan erujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :

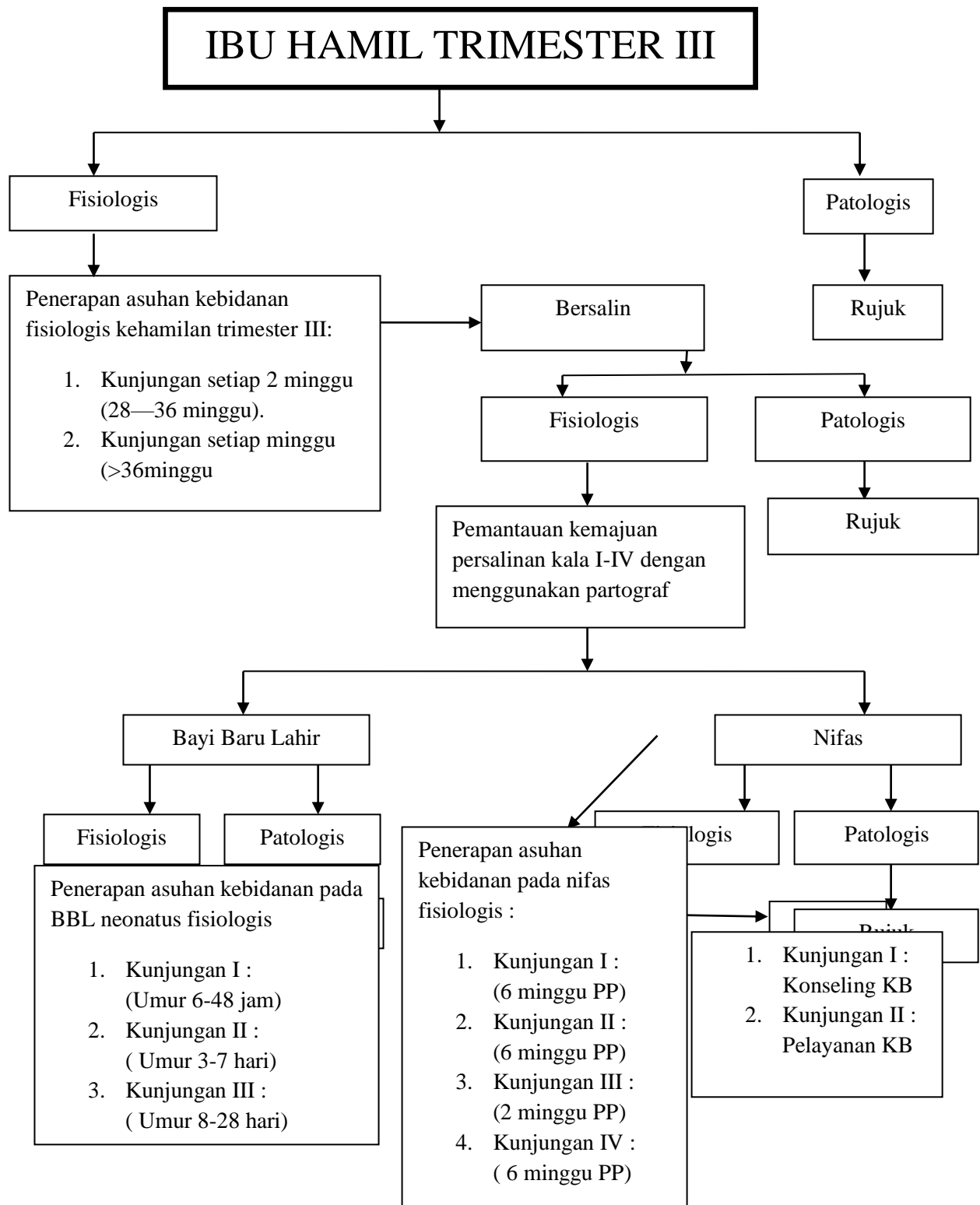
- a. Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung.
 - b. Penganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut dan fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan kangguru;
 - c. Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - d. Mebersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- 6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan :

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntik dan.

D. KERANGKA PIKIR



Gambar 2.1 Kerangka Pikir

BAB III

METODE PENELITIAN

A. JENIS LAPORAN KASUS

Laporan kasus pada studi kasus ini menggunakan metode studi penelaahan kasus (case study) yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal yang dimaksud berarti satu orang ibu yang dimaksud berarti satu orang ibu yang diberikan asuhan sejak masa kehamilan hingga KB dengan penerapan asuhan kebidanan 7 langkah Varney pada pengkajian awal dan dengan menggunakan metode SOAP (subyektif,obyektif,analisis, penatalaksanaan).

Studi kasus dilakukan dengan cara meliputi suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo,2010).

B. LOKASI DAN WAKTU

1) Lokasi

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Watukawula Kecamatan Kota Tambolaka

2) Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada tanggal 23 April s/d 21 Juni tahun 2019.

C. SUBJEK LAPORAN KASUS

Subyek pengambilan kasus secara berkelanjutan ini mulai dari ibu hamil sampai nifas dan menjadi subyek dalam penelitian ini adalah NY. M. R. A. B umur 30 tahun di Puskesmas Watukawula.

D. INSTRUMEN LAPORAN KHUSUS

Instrument yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan KEPMENKES No 938/Menkes/SK/VIII/2007.

E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder.

1. Data primer

Data primer dikumpulkan dengan cara :

- a. Pengamatan /observasi/pemeriksaan/pengukuran dengan : Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat sesuai format asuhan kebidanan
- b. Wawancara : wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat melalui jawaban tentang masalah-masalah yang terjadi pada ibu. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara terstruktur

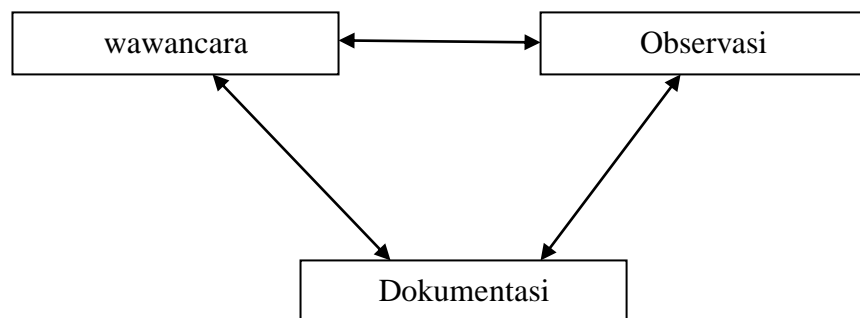
2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari dokumentasi atau catatan medik, untuk melengkapi data yang ada hubungannya dengan masalah yang ditemukan. Data sekunder dikumpulkan antara lain dengan cara rekam medik atau status pasien dan buku KIA.

F. TRIANGULASI DATA

Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada (Washudi dkk, 2016).

Triangulasi teknik pengumpulan data pada laporan tugas akhir ini untuk menguji kreadibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Misalnya data diperoleh dengan wawancara, lalu dicek dengan observasi atau dokumentasi.



Gambar 3.1 Triangulasi Teknik Pengumpulan Data

G. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan tugas akhir ini antara lain :

1. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik :
 - a. Pada pemeriksaan kehamilan
 - 1) Timbangan BB
 - 2) Alat ukur TB
 - 3) Midline (pita ukur)
 - 4) Funandoskop
 - 5) Tensi meter
 - 6) Termometer

- 7) Handscoon
- 8) Spuit untuk imunisasi
- 9) Register /buku KIA
- b. Pada pertolongan persalinan
 - 1) Partus Set
 - a) Klem koher 2 buah
 - b) Gunting tali pusat
 - c) $\frac{1}{2}$ koher
 - d) Tali untuk mengikat tali pusat
 - e) Gunting episiotomi
 - f) Kassa secukupnya
 - g) 1 $\frac{1}{2}$ pasang handscoon (sarung tangan)
 - 2) Hecting set
 - a) Gunting benang
 - b) Pinset anatomis
 - c) Pinset sirurgis
 - d) Jarum otot /kulit
 - e) Benang
 - f) 1 pasang sarung tangan
 - 3) Kapas sublimat pada tempatnya
 - 4) Air klorin pada tempatnya
 - 5) Air DTT pada tempatnya
 - 6) Lenec/doppler + Jelly
 - 7) Tensi meter
 - 8) Termometer
 - 9) Pita CM
 - 10) Obat-obatan dalam kom
 - a) Lidoksin 1 ampul
 - b) Oksitosin 2 ampul
 - c) Tetes mata/salep mata
 - d) Vit K/Neo K

11) Sduit 3 cc dan 1 cc pada tempatnya

12) Plester dan gunting plester

13) Infus set dab abocath

14) Air

a) DTT untuk membersihkan ibu (+ Waslap)

b) Klorin untuk dekontaminasi alat

15) Tempat sampah

a) Medis

b) Non medis

c) Benda tajam

16) APD

a) Celemek /skort

b) Penutup kepala/topi

c) Kacamata

d) Masker

e) Sepatu boots

17) Nierbekken

18) Tempat plasenta

19) Pakaian ibu dan bayi

a) Handuk 2 buah

b) Kain bedong/bersih 2 buah

Pakaian Bayi	Pakaian Ibu
1) Topi	1) Baju Ibu
2) Sarung tangan/kaki	2) CD + pembalut
3) Baju	3) Kain ibu
4) Popok /loyor	
5) Selimut	

- c. Pada pemeriksaan nifas
 - 1) Tensi meter
 - 2) Stetoskop
 - 3) Termometer
 - 4) Baki berisi (handscoon + kassa)
 - 5) Arloji
 - 6) Obat-obatan dalam tempatnya
 - 7) Larutan clorin dan air DTT pada tempatnya untuk dekontaminasi
 - d. Pada pemeriksaan BBL
 - a) Selimut
 - b) Pakaian bayi (topi, baju, loyor/popok, sarung tangan/kaki, kain bersih untuk membungkus bayi (kain bedong))
 - c) Timbangan bayi (lihat jarum di angka 0)
 - d) Bengkok
 - e) Bak instrumen
 - f) Stetoskop
 - g) Handscoon 1 pasang
 - h) Midline
 - i) Kom tutup berisi kapas DTT
 - j) Termometer
 - k) Jam tangan/stopwatch
 - l) Senter
 - m) Obat-obatan dalam tempatnya
 - 1) Vit K / Neo K
 - 2) Salep / tetes mata
 - 3) Spuit 1 cc
 - n) Larutan klorin dan air DTT untuk dekontaminasi
2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara : Format Asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, dan nifas serta bayi baru lahir

3. Alat bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi : catatan medik atau status pasien, buku KIA.

H. ETIKA PENELITIAN

Beberapa prosedur yang akan peneliti lakukan sebelum mengatakan penelitian : mengajukan ijin kepada Ketua Prodi Keperawatan Waingapu, menjelaskan tujuan penelitian dan menunjukkan surat ijin sebelum melakukan tindakan penelitian. Melakukan tindakan dengan calon responden untuk meminta persetujuan sebagai responden dalam penelitian dan menanda tangani persetujuan menjadi responden dimana nama responden tidak dicantumkan dalam lembaran pengumpulan data.

Etika adalah peristiwa interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan falsafah moral, sopan santun, tata susila, budi pekerti. Penelitian kasus adalah penelitian yang dilaksanakan dengan metode ilmiah yang telah teruji *validitas* dan *reliabilitas*.

Ketika menuliskan laporan kasus juga memiliki masalah etik yang harus diatasi adalah *inform consent*, *anonymity* dan *confidentiality*.

1. Lembaran persetujuan (*Informed Consent*)

Lembaran persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti, jika responden bersedia, menandatangani surat persetujuan penelitian. Apabila responden menolak, peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi hanya menggunakan kode untuk menjaga kerahasiaan.

3. Kerahasiaan (*Confidentialy*)

Peneliti akan menjamin kerahasiaan yang diberikan responden

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN LOKASI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Watukawula. Puskesmas Watukawula mempunyai daerah binaan yang terdiri dari 12 Desa. Dengan batas – batas wilayah : sebelah timur perbatasan dengan kecamatan Wewewa barat, sebelah utara berbatasan dengan kecamatan kota tambolaka , sebelah selatan dengan selat sumbadan sebelah barat dengan laut waikelo. Luas puskesmas adalah 52 km².

Penduduk di wilayah kerja Puskesmas Watukawula mencakup seluruh penduduk yang berdomisili dikecamatan Kota Tambolaka berdasarkan BPS adalah ±17.643 jiwa (data dari profil puskesmas Watukawula).

Sasaran : Ibu Hamil: 788 orang, Ibu Bersalin : 542 orang, Ibu Nifas mei: 542, Bayi : 535, PUS : 3927.

Dikecamatan Kota Tambolaka terdapat 1 Puskesmas, 4 Pustu (Pustu Bondo boghile, Pustu totok, Pustu Tanggo'o, Pustu Kererobo)

Alat transportasi berupa mobil ambulans 1 buah, kendaraan roda 2 ada 4 buah, Posyandu Bayi Balita 38 buah, posyandu usila 12 buah di masing-masing desa.

Ketersediaan tenaga di puskesmas Watukawula dan puskesmas pembantu 60 orang yakni dokter umum 2 orang, bidan 17 orang , 7 orang berpendidikan D-I dan 9 orang berpendidikan D-III, 1 orang berpendidikan D-IV, jumlah perawat 31 orang, sarjana kesehatan masyarakat 1 orang (honorar), asisten farmasi 1 orang, petugas administrasi 3 orang, Cleaning Service (honorar) 3 orang, sopir 2 orang.

Penelitian ini dilakukan terhadap ibu hamil trimester III, ibu bersalin dan ibu nifas yang berada di Puskesmas Watukawula , Kecamatan Kota Tambolaka Kabupaten sumba barat daya.

B. TINJAUAN KASUS

1. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

1. PENGKAJIAN

Tanggal : 23 April 2019 Jam : 04.15 wita

Oleh : YUSTINA NUNU

a. BIODATA

Nama Ibu	: Ny. M. R. A. B	Nama Suami	: Tn. M. D
Umur	: 30 Tahun	Umur	: 33 Tahun
Suku/Bangsa	: Sumba/Indonesia	Suku/Bangsa	: Sumba/Indonesia
Agama	: Katolik	Agama	: Katolik
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat Rumah	: Kalaki Kambe	Alamat Rumah	: Kalaki Kambe

b. DATA SUBYEKTIF

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah melahirkan satu kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 1 orang, sekarang hamil 8 bulan dan ingin memeriksakan kehamilannya.

2) Riwayat

a) Riwayat haid

Ibu mengatakan usia pada saat haid pertama yaitu 14 tahun, siklus haid tiap bulan teratur dan sesuai tanggal, lamanya 4-5 hari, sifat darah encer, tidak nyeri selama haid, hari pertama haid terakhir 15-08- 2018.

b) Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan sudah menikah selama 10 tahun dengan status perkawinan syah, menikah pada usia 24 tahun dan ini pernikahan yang pertama.

c) Riwayat kehamilan yang lalu

Ibu mengatakan selama hamil yang lalu dan saat ini tidak ada gangguan dan muntah yang sangat, tidak pernah mengalami keracunan kehamilan, dan selama hamil memeriksakan kehamilan di BKIA dan puskesmas Radamata

d) Kehamilan sekarang

1) Trimester I

Kehamilan muda tidak dirasakan mual muntah dan sakit kepala, imunisasi 1 kali, pemeriksaan kehamilan 1 kali.

2) Trimester II

Pada usia kehamilan ini dirasakan pusing. Memeriksakan kehamilan 1 kali di Pustu dan mendapatkan obat Fe 30 tablet, vit c 20 tablet dan kalk 20 tablet.

3) Trimester III

Pada usia kehamilan ini dirasakan pusing dan sakit kepala. Ibu mendapatkan obat Fe 30 tablet, vit c 20 tablet dan kalk 20 tablet.

e) Riwayat persalinan lalu

Tabel 4.1

Riwayat persalinan lalu

No	Tgl/Bln & Tahun	Jenis	UK	Penolo ng	Tempat	Keadaan Bayi			JK	BB	Ket
						LH	L M	M		PB	
1	05-08- 2010	Norm al	9 bulan	Bidan	RS	V			L	4300 gr	Seha t
2	Hamil ini									50 cm	

f) Riwayat KB

Ibu mengatakan KB yang pernah digunakan adalah KB IUD, lamanya 7 tahun, tidak ada efek samping dan alasan berhenti karena ingin punya anak lagi.

3) Riwayat kesehatan

Ibu mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit, tidak pernah operasi, tranfusi darah dan kecelakaan, tidak ada alergi makanan dan obat-obatan, serta tidak pernah menderita penyakit kronik dan menular seperti jantung, Hypertensi, Hepatitis, Jiwa, Campak, Varicela, Malaria, PHS/HIV/AIDS dan lain-lain.

4) Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Ibu mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit kronis, penyakit menular dan tidak ada riwayat keturunan kembar.

5) Keadaan Psikososial

Ibu mengatakan respon dirinya dan keluarga terhadap kehamilan ini baik dan mendapat dukungan dari keluarga. Ibu ingin melahirkan di Puskesmas dan di tolong bidan. Dalam kegiatan sehari-hari ibu mengatakan tidak melakukan pekerjaan yang berat. Jenis kelamin yang diharapkan sama saja. Pengambil keputusan dalam keluarga yaitu suami dan istri, tidak ada kebiasaan budaya yang merugikan kehamilan ibu.

6) Latar belakang budaya

Ibu mengatakan kebiasaan melahirkan ditolong bidan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada kepercayaan yang merugikan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas.

7) Riwayat Seksual

Ibu mengatakan ada perubahan pola hubungan seksual selama kehamilan, sebelum hamil sering melakukan hubungan, namun saat hamil jarang melakukan terlebih diawal kehamilan dan tidak ada kelahiran/penyimpangan seksual.

8) Diet/ makanan

Ibu mengatakan sebelum hamil makan 3 kali/hari, dengan porsi sedang, jenis nasi dan sayur, kadang daging, ikan, telur, minum air masak \pm 8 gelas. Sedangkan saat hamil makan 3-4 kali/hari, dengan porsi sedang, jenisnya nasi, sayur, kadang daging, ikan, telur, tahu, dan tempe, minum air masak 9-10 gelas/hari.

9) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan sebelum hamil buang air besar 1 kali/hari, lembek, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses. Buang air kecil \pm 4-5 kali/hari, cair, warna kekuningan dan bau khas air seni. Sedangkan saat hamil buang air besar 1 kali/hari, lembek, warna kecoklatan dan bau khas feses serta tidak ada keluhan, Buang air kecil \pm 7-8 kali/hari, cair, warna kekuningan dan bau khas amoniak serta tidak ada keluhan.

10) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan sebelum hamil tidur siang 2-3 jam dan tidur malam 7-8 jam. Sedangkan saat hamil tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 6-7 jam dan tidak ada keluhan.

11) Kebersihan diri

Ibu mengatakan mandi dua kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari saat mandi, ganti pakaian luar dua kali sehari dan pakian dalam 2 kali sehari dan diganti apabila lembab, keramas 2 kali seminggu dan setiap mandi melakukan perawatan payudara.

c. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Bentuk tubuh : lordosis
- d) Ekpresi wajah : cerah
- e) Tanda-tanda vital : S = 37°C, N = 80 x/menit,

T = 114/80 mmHg,

R = 18 x/menit.

f) BB/TB

- 1) TB : 158 cm
- 2) Sebelum hamil : 48 kg
- 3) Saat hamil : 59 kg LILA : 23 cm

2) Pemeriksaan fisik obstetric

a) Inspeksi

- 1) Kepala/rambut : tidak ada benjolan rambut bersih, tidak berminyak, tidak rontok, tidak ada ketombe, tidak ada kutu yang tidak luka.
- 2) Wajah : tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
- 3) Mata : simetris, conjunctiva merah muda, selera mata tidak ikterik.
- 4) Mulut + gigi : bersih, mukosa bibir lembab, gigi tidak karies, lidah bersih dan tidak sariawan.
- 5) Lehar : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembedungan vena yugularis.

6) Dada

- a) Buah dada membesar
- b) Colostrum +/- areola mammae hyperpigmentasi
- c) Puting susu :
 - Bersih
 - Tumpul
 - Menonjol

b) Palpasi

- 1) Leopald I : TFU 3 jari dibawah Px (35cm), pada fundus uteri teraba bokong janin.
- 2) Leopald II : pada sisi kiri perut ibu teraba punggung janin.
- 3) Leopald III : pada bagian bawah ibu teraba kepala dan masih dapat digoyangkan.
- 4) Leopald IV : -

TBBJ : 3.720 gram.

- c) Aukultasi : DJJ 140 x/menit
- d) Perkusi reflex patella : tidak dilakukan
- e) Pemeriksaan panggul

- 1) Luar : tidak dilakukan
- 2) Dalam : tidak dilakukan
- f) Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Urine
 - a) Albumin : tidak dilakukan
 - b) Reduksi : tidak dilakukan
 - 2) Darah
 - a) Golongan darah : tidak dilakukan
 - b) Hb : 11 gr%
- g) Pemeriksaan khusus
 - a. USG : tidak dilakukan

2. INTERPRETASI DATA DATAR

Tabel 4.2

Analisis masalah/diagnosa

DIAGNOSA	DATA DASAR	
G2P1A0AH1 UK 36 minggu Janin Tunggal, Hidup, Letak Kepala, Keadaan Ibu dan Janin baik dengan kehamilan normal.	Ds = Do = 	Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah melahirkan satu kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 1 orang, sekarang hamil 8 bulan dan ingin memeriksakan kehamilannya. HPHT : 15-08-2018 TP : 22-04-2019 S = 36,5°C, N = 80 x/menit, T = 110/70 mmHg R = 20 x/menit TB : 158 cm Sebelum hamil : 48 kg Saat hamil : 59 kg

		<p>LILA : 23 cm</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Mata : simetris, conjunctiva merah muda, selera mata tidak ikterik,</p> <p>Dada : membesar, colostrum +/+, areola mammae hyperpigmentasi.</p> <p>Palpsi Leopald</p> <p>Leopald I : TFU 3 jari dibawah Px (35 cm), pada fundus uteri teraba bokong janin.</p> <p>Leopald II : pada sisi kiri perut ibu teraba punggung janin.</p> <p>Leopald III : pada bagian bawah ibu teraba kepala dan masih dapat digoyangkan.</p> <p>Leopald IV : -</p> <p>TBBJ : 3.720 gram</p> <p>Auskultasi : DJJ 140 x/menit</p>
--	--	---

3. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

4. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

5. PERENCANAAN

Tanggal : 23 – 04 – 2019

Jam : 16.20 wita

Tabel 4.3
Perencanaan

No	Perencanaan	Rasional
1	a. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu	Informasi yang membuat ibu mengerti dan lebih kooperatif terhadap asuhan yang diberikan.
	b. Berikan konseling pada ibu tentang : Gizi ibu hamil, kebutuhan istirahat, kebersihan diri	Dengan memberikan konseling kepada ibu diharapkan dapat menambah pengetahuan ibu untuk menunjang kehamilannya berjalan dengan baik.
	c. Jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III	Agar dapat mendeteksi dini adanya masalah yang terjadi.
	d. Jelaskan apa ibu tentang persiapan persalinan	Dengan menjelaskan persiapan persalinan diharapkan ibu dapat mempersiapkan lebih awal
	e. Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan dan fasilitasi ibu untuk melahirkan di puskesmas	Diharapkan agar mengetahui sehingga persalinan dapat ditolong difasilitasi kesehatan memadai
	f. Beritahu ibu tafsiran persalinan	Dengan memberitahu ibu dapat mengetahui kapan ia melahirkan
	g. Anjurkan ibu apabila ada keluhan segera datang ke puskesmas	Agar mendapatkan pertolongan

6. PELAKSANAAN

Tanggal : 23-04-2019 Jam : 16.20 wita

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan umu ibu baik, $S = 37^{\circ}\text{C}$, $N = 80 \text{ x/menit}$, $T = 110/70 \text{ mmHg}$, $R = 20 \text{ x/menit}$.
TB : 158 cm, sebelum hamil : 48 kg, saat hamil : 59 kg, LILA : 23 cm, keadaan ibu dan janin baik sehat. DJJ : 140 x/menit, punggung kiri.

TBBJ : 3.720 gram.

- b. Memberikan konseling pada ibu tentang:
 - 1) Gizi ibu hamil : selama hamil seorang ibu hamil harus makan makanan yang beraneka ragam yaitu nasi, ikan, daging, sayuran, hijau, telur, dan lain-lain serta minum susu.
 - 2) Kebutuhan istirahat : Selama hamil ibu hamil harus istirahat yang cukup, tidur siang minimal 1 jam, tidur malam minimal 8 jam, agar kondisi tubuh tetap stabil dan usahakan untuk tidak melakukan kerja berat.
 - 3) Kebersihan diri : seorang ibu hamil harus menjaga kebersihan diri terutama kebersihan payudara dan jalan lahir yang setiap kali habis mandi melakukan perawatan payudara dengan menggunakan kapas dan baby oil bersihkan dari puting hingga ke areola untuk memperlancar proses menyusui setelah melahirkan dan jalan lahir harus dibersihkan dan sering mengganti celana dalam apabila lembab. Menggunakan pakaian yang bersih dan longgar.
- c. Menjelaskan pada ibu tanda – tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu perdarahan pervaginam, keluar air merembes dari jalan lahir tanpa disadari oleh ibu, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada kaki, tangan dan wajah, kejang, bayi dirasakan kurang gerakannya, nyeri pada perut dan tegang.
- d. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan yaitu pemilihan tempat persalinan, persiapan donor darah, dan perlengkapan bayi seperti baju bayi, loyork, kain alas, topi, selimut, kaos kaki dan tangan,

baby oil, minyak telon, perlengkapan ibu seperti pakain ganti, sarung, pembalut dan celana dalam.

- e. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan dan fasilitasi ibu untuk melahirkan di puskesmas : adanya sakit-sakit yang makin lama makin seringdari pinggang menjalarke perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air-air dari jalan lahir (air ketuban) dan ibu harus melahirkan di fasilitas kesehatan memadai agar persalinan dapat berlangsung dengan aman, sehat dan selamat.
- f. Memberitahu ibu tafsiran persalinan yaitu tanggal 22-05-2019, yang dimana bisa maju 2 minggu dan atau mundur 2 minggu dari tanggal perkiraan persalinan.
- g. Menganjurkan ibu apabila ada keluhan segera datang ke Puskesmas

7. EVALUASI

Tanggal : 23-04-2019 Jam : 17.05 wita

- a. Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan senang mendengar hasil pemeriksaan bahwa keadaan bayi dan ibu dalam keadaan baik dan sehat.
- b. Sudah membina hubungan yang baik antara bidan dan ibu.
- c. Ibu mengatakan mengerti dan dapat menyebutkan kembali apa yang telah disampaikan yaitu menjaga makan, istirahat dan kebersihan diri.
- d. Ibu mengatakan mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III
- e. Ibu mengatakan mengerti dan akan menyiapkan perlengkapan persalinan.
- f. Ibu mengatakan mengerti tentang tanda-tanda persalinan dan akan bersalin di puskesmas
- g. Ibu mengatakan akan mengingat tafsiran persalinan
- h. Ibu mengatakan akan datang ke puskesmas apabila ada keluhan untuk mendapatkan pertolongan.

CATATAN PERKEMBANGAN KE – I

Tanggal : 19 – 05 – 2019

Jam : 04.15 WITA

Tempat : Puskemas Watukawula

S : Keluhan utama :

Ibu mengatakan sakit pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak tanggal 19 – 05 – 2019 Pukul 02.00, ada pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir pada tanggal 19–05–2019 pukul 06.00 WITA, sekarang ibu merasa ada dorongan ingin meneran dan merasa ingin buang air besar, pergerakan anak aktif dirasakan \pm 10 kali sehari.

O : Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis.

Tanda – tanda vital

TD : 110/70 mmHg, S : 37⁰C, RR : 20 X/menit

TP : 22 – 05 – 2019, UK : 40 minggu

Auskultasi : DJJ 140 x/menit

Punctum Maximum : 3 jari dibawah pusat sebelah kiri

Kontraksi uterus kuat, frekuensi 4 kali dalam 10 menit, durasinya >40 detik

Pemeriksaan dalam

Vulva dan vagina : vulva vagina tidak ada kelainan, tidak ada dermatitis (iritasi), tidak ada lesi, tidak ada varises, tidak ada candiloma, ada bekas luka parut persalinan yang lalu, ada pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir.

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Kantong ketuban : Positif

Presentase : Belakang kepala

Molage : Tidak ada

Turun hodge : IV

Ketuban pecah spontan. Air ketuban jernih.

A : G2P1A0AH1 UK 40 minggu janin tunggal, hidup, presentase kepala, inpartu kala II

P :

1. Memberitahukan kepada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan janin baik dimana tekanan darah ibu normal yaitu 110/70 mmHg, suhu normal yaitu 37⁰C, nadi 80 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit dan denyut jantung janin terdengar kuat, teratur dengan frekuensi 140 kali/menit, pembukaan 10 cm. Ibu mengerti dan mengatakansudah siap secara mental dan fisik untuk menghadapi proses persalinannya.
2. Melakukan pertolongan persalinan sesuai langkah APN (langkah 12-26)
 12. Menjelaskan pada suami ibu untuk membantu menyiapkan ibu pada posisi yang sesuai keinginan ibu ketika ada dorongan untuk meneran saat ada kontraksi yaitu posisi miring kiri saat relaksasi dan posisi ½ duduk saat inginmeneran.
 13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ibu ada dorongan kuat untuk meneran :
 - a. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif yaitu ibu hanya boleh meneran saat ada dorongan yang kuat

dan spontan untuk meneran, tidak meneran berkepanjangan dan menahan nafas.

- b. Mendukung dan memberi semangat pada ibu saat meneran, serta memperbaiki cara meneran yang tidak sesuai.
 - c. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - d. Memberikan ibu minum air 200 ml diantara kontraksi.
 - e. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai, DJJ 140 kali/menit.
14. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri diantara kontraksi.
 15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, saat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
 17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan, alat sudah lengkap.
 18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
 19. Kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, melidungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
 20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.

Tidak terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi

21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, kepala dipegang secara *biparental*. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut, kepala bayi digerakkan ke arah atas dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis,

kemudian menggerakkan kepala ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku bayi sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, menelusuri tangan atas berlanjut punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

25. Melakukan penilaian selintas :

Pukul 06.00 Wita : Bayi lahir spontan pervagina : langsung menangis kuat, gerakan aktif.

26. Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering meletakkan bayi diatas perut ibu.

Jam : 06.05 WITA

S : Ibu mengatakan merasa mules pada bagian perut

O : Keadaan umum : baik A

Kesadaran : Composmentis

Genetalia : Ada pengeluaran darah secara tiba-tiba dan singkat dari jalan lahir dan tali pusat bertambah panjang.

A : Kala III

P : Melakukan pertolongan persalinan kala III (langkah 27-37)

27. Memeriksa kembali uterus, TFU setinggi pusat, bayi tunggal.

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramaskular) pada 1/3 paha atas bagian *distal lateral* pada pukul 06.06 WITA.
30. Setelah 2 menit bayi baru lahir, pukul 06.08 WITA, menjepit tali pusat dengan klem tali pusat steril kira-kira 3 cm dari pusar (umbilicus) bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat 2 cm distal dari klem pertama.
31. Melakukan pemotongan tali pusat dengan menggunakan satu tangan mengangkat tali pusat yang telah dijepit kemudian melakukan pengguntingan samblil melindungi perut bayi. Tali pusat telah dijepit dan dipotong.
32. Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi, dengan posisi tengkurap didada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi bayi menempel dengan baik didinding dada dan perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu dan menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi dikepala bayi.
33. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus dan tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokronial.
36. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir, dan kembali memindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

37. Plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta hingga selaput terpilin, kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Pukul 06.05 WITA : plasenta lahir spontan.

Jam : 06.35 WITA

S : Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran putrinya, ibu juga mengatakan lelah dan mules pada bagian perut.

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg, Suhu : 37°C, RR : 20 x/m, Nadi : 80 x/m

Pemeriksaan kebidanan

Tinggi Fundus uteri : 1 jari bawah pusat

Perdarahan : normal (\pm 100 cc)

A : Kala IV

P : Melakukan asuhan kala IV (langkah 38-60)

38. Melakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase, kontraksi uterus bayi, TFU 1 jari bawah pusat.
39. Memeriksa kedua sisi plasenta, bagian fetal selaput utuh, insersi tali pusat sentralis. Memasukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.
40. Mengevaluasi kemungkinan terjadi laserasi pada vagina dan perineum, terdapat luka lecet pada mukosa vagina dan kulit perineum, tidak ada perdarahan (Derajat I) tidak dilakukan jahitan, luka dioles dengan betadin.

41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam , kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan abnormal.
42. Mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% mencuci tangan dan keringkan dengan tissue.
43. Memastikan kandung kemih kosong, kandung kemih kosong.
44. Mengajarkan ibu / keluarga cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus yaitu apabila perut teraba bundar dan keras artinya uterus berkontraksi dengan baik namun sebaliknya apabila perut ibu teraba lembek maka uterus tidak berkontraksi yang akan menyebabkan perdarahan dan untuk mengatasi uterus yang teraba lembek ibu atau suami harus melakukan masase uterus dengan cara meletakkan satu tangan diatas perut ibu sambil melakukan gerakan memutar searah jarum jam hingga perut teraba keras.
45. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah \pm 100 ml.
46. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan dan mencatat hasil pemantauan dan lembar partograf.
47. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa ia bernapas dengan baik serta suhu tubuh normal.
48. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
49. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah infeksius dan non infeksius.
50. Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

51. Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum. Ibu sudah nyaman dan sudah makan dan minum pada jam 08.00 WITA.
52. Medekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
53. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu.
55. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Setelah 1 jam pertama, pukul 09.00 WITA, melakukan penimbangan dan pengukuran bayi, memberi salep mata oksitetrasiklin 0,1% dan menyuntikkan vitamin K1 1 mg secara *intramuscular* di paha kiri *anterolateral*, mengukur posisi tubuh setiap 15 menit dan diisi partograf. Berat badan bayi 3800 gram, panjang badan 50 cm, lingk kepala 33 cm, lingk dada 34 cm, lingk perut 34 cm. Salep mata oksi tetracyclin 1% dan vitamin K1 sudah diberikan.
57. Imunisasi HBO. Dilayani 1 jam setelah pemberian vit. K1
58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendam dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci tangan dengan sabundan air mengalir lalu dikeringkan dengan tisu.
60. Melengkapi partograf (partograf halaman depan dan belakang terlampir).

P : Melakukan pertolongan persalinan kala III (langkah 27-37)

CATATAN PERKEMBANGAN KE - 2

ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR 1 JAM

Tanggal : 19 – 05 – 2019
 Jam : 07.00 WITA
 Tempat : Puskesmas Watukawula

S :

Ibu mengatakan baru saja melahirkan bayinya yang kedua, usia kehamilan 9 bulan, tanggal 19-05-2019, jam 06.00 WITA, jenis kelamin perempuan, bayinya menangis kuat, isap ASI kuat, sudah buang air besar 1 kali dan buang air kecil 1 kali, keluhan lain tidak ada.

O : Keadaan umum : baik, bentuk tubuh proposional, tangisan kuat, tonus otot baik, gerak aktif, warna kulit kemerahan, isap ASI kuat.

Tanda-tanda vital

Pernafasan : 45 kali/menit

Frekuensi jantung : 120 kali/menit

Suhu : 36,7⁰C

Pengukuran antropometri

Berat badan : 3800 gram

Panjang badan : 50 cm

Lingkar kepala : 34 cm

Lingkar dada : 33 cm

Pemeriksaan Fisik	
Kepala	Simetris, tidak ada caput succedaneum dan chepal hematoma, kulit kepala terdapat sisa-sisa verniks.
Wajah	Simetris, tidak ada kelainan saraf
Mata	Simetris, tidak ada kelainan, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak secret/nanah
Hidung	Simetris, septum nasi terbentuk sempurna, tidak ada kelainan, tidak ada polip, tidak ada sekret, bayi bernapas dengan nyaman, cuping hidung tidak mengembang saat inspirasi.
Telinga	Telinga simetris, tulang rawan daun telinga telah terbentuk sempurna, tidak ada kelainan
Mulut	Simetris, warna bibir merah muda, tidak ada labio platokisis.
Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, limfe dan tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada bekas trauma.
Bahu	Simetris, tidak ada fraktur klavikula, tidak ada kelainan.
Dada	Dada simetris, payudara sedikit membesar tidak ada benjolan, tidak ada retraksi dinding dada saat inspirasi, gerakan dada saat pernapasan.
Abdomen	Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada perdarahan pada tali pusat, palpasi teraba lunak, tidak ada benjolan abnormal, perkusi tidak kembung.
Ekstermitas atas	Simetris, tidak ada kelainan, tangan bergerak bebas, jari tangan lengkap, kuku warna merah muda, garis-garis pada telapak tangan sudah ada pada seluruh permukaan telapak.
Ekstermitas bawah	Simetris, kaki bergerak bebas, kuku kaki merah muda, jari lengkap normal, garis-garis pada telapak kaki sudah ada

	pada seluruh telapak.
Genetalia	Jenis kelamin perempuan, tidak ada kelainan, labia mayora menutupi labia minora.
Punggung	Simetris, tidak ada spina bifida, tidak ada kelainan
Anus	Ada lubang anus, sudah keluar mekonium setelah lahir
Refleks	a) Refleks hisap/sucking reflex (+) b) Refleks menelan/swallowing (+) c) Refleks mencari/rooting (+) d) Refleks genggam/graps reflex (+) e) Refleks babinsky (+) f) Refleks moro (+) g) Refleks berjalan (+)

A : By. NY. M. R. A. B Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam.

P :

1. Menginformasikan kepada ibu dan suami bahwa bayi dalam keadaan sehat, dimanapun suhu bayi normal $36,7^{\circ}\text{C}$, pernafasan normal 45 kali/menit, frekuensi jantung normal 140 kali/menit, hasil pemeriksaan fisik normal, tidak ada cacat bawaan. Berat badan bayi 3800 g, panjang badan 50 cm. Ibu dan suami merasa senang dengan keadaan bayinya yang sehat dan tidak ada kelainan bawaan.
2. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi dengan cara memandikan bayi setelah 6 jam setelah bayi lahir, memandikan menggunakan air hangat, jangan membiarkan bayi telanjang terlalu lama. Segera bungkus dengan kain hangat dan bersih, tidak menidurkan bayi ditempat dingin, dekat jendela yang terbuka, segera mengganti pakaian bayi jika basah, agar bayi tidak

kehilangan panas. Ibu akan menjaga kehangatan bayinya sesuai anjuran.

3. Mengajarkan ibu untuk memberi ASI awal/menyusui dini pada bayinya sesering mungkin setiap \pm 2-3 jam, setiap kali bayi inginkan, paling sedikit 8-12 kali sehari tanpa dijadwalkan, menyusui bayi sampai payudara terasa kosong lalu pindahkan ke payudara disisi yang lain sampai bayi melepaskan sendiri agar kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi serta terjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi, ibu akan selalu memberikan ASI kepada bayinya sesuai keinginan bayi.
4. Mengajarkan ibu selalu menjaga kebersihan untuk mencegah bayi terkena infeksi dengan mencuci tangan dengan sabun saat akan memegang bayi, sesudah buang air besardan setelah membersihkan bokong bayi. Ibu akan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayinya.
5. Mendemonstrasikan cara merawat tali pusat bayi agar tetap bersih dan kering yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat, tali pusar dibiarkan terbuka, jangan dibungkus/diolesi cairan/ramuan apapun, jika tali pusat kotor, bersihkan dengan air matang dan sabun lalu dikeringkan dengan kain bersih secara seksama serta melipat dan mengikat popok dibawah tali pusat agar tidak terjadi infeksi pada tali pusat. Ibu akan merawat tali pusat sesuai yang diajarkan.
6. Mengajarkan ibu cara melakukan perawatan pada bayi sehar-hari seperti memandikan bayi 2 kali sehari dengan tetap menjaga kehangatan bayi (menggunakan air hangat) menggunakan sabun bayi, mencuci rambut bayi dengan menggunakan shampoo khusus bayi, mengganti pakaian bayi 2 kali/hari atau setiap kali pakaian kotor atau basah, menggunting kuku bayi setiap kali mulai panjang agar tubuh bayi bersih dan bayi merasa nyaman. Ibu mengerti dan akan melakukan perawatan bayinya sesuai yang diajarkan.

7. Menginformasikan kepada ibu dan suami tanda bahaya pada bayi baru lahir, antara lain : tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), ada tarikan dinding dada bagian bawah kedalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut , berbau atau benanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, diare/buang air besar dalam bentuk cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning , tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat. Ibu dan keluarga mengerti dan mampu menyebutkan tanda bahaya dan akan segera ke puskesmas jika bayinya mengalami salah satu tanda bahaya. Dan akan segera ke puskesmas jika bayinya mengalami salah satu tanda bahaya.
8. Menyampaikan kepada agar menjaga bayinya untuk sementara tidak kontak dengan anggota keluarga yang lagi sakit, agar bayinya tetap sehat. Ibu mengerti dan akan menjaga bayinya agar tetap sehat.
9. Menyampaikan ibu dan keluarga bahwa tanggal 3 Juni 2019 penulis akan melakukan kunjungan rumah untuk memeriksa keadaan bayi. Ibu dan keluarga bersedia untuk dikunjungi tanggal 7 Juni 2019
10. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan pada buku KIA dan status pasien. Hasil pemeriksaan dan hasil asuhan sudah didokumentasikan.

CATATAN PERKEMBANGAN KE-3

ASUHAN PADA IBU NIFAS NORMAL 2 JAM

Tanggal : 19-05-2019
 Waktu : 08.00 WITA
 Tempat : Puskesmas Watukawula

S : Ibu telah melahirkan anaknya yang ke-2 secara spontan, pukul 06.00 WITA, tidak pernah keguguran, anak hidup 2 orang, mengeluh perutnya terasa nyeri. Ibu juga mengatakan sudah buang air kecil 1 kali, sudah miring kiri dan kanan, bangun, duduk dan turun dari tempat tidur serta berjalan ke kamar WC. Keluhan lain tidak ada.

O : 1. Pemeriksaan umum:

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 37⁰C

Pernapasan : 20 kali/menit.

2. Pemeriksaan fisik :

- a. Muka : Tidak ada oedema, tidak pucat.
- b. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Mulut : Bibir merah muda, lembab.
- d. Payudara : membesar, puting susu menonjol, ada pengeluaran ASI (*colostrum*)
- e. Abdomen : Kontraksi uterus baik (keras), TFU 1 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.
- f. Ekstermitas atas : Tidak oedema, warna kuku merah muda
- g. Ekstermitas bawah : Tidak oedema, tidak nyeri

- h. Genetalia : Tidak ada oedema, terdapat luka lecet pada mukosa vagina dan kulit perineum, perdarahan normal ± 75 cc, warna merah, lochea rubra.
- i. Perineum : Ada luka lecet dan tidak berdarah.
- j. Anus : Tidak ada haemoroid.

A : NY. M. R. A. B P2A0AH2 Post Partum Normal 2 jam

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa ibu dalam keadaan normal dan sehat dimana tekanan darah normal, 110/80 mmHg, nadi normal 80 kali/menit, suhu normal 36.8°C , serta pernapasan normal 20 kali/menit, kontraksi uterus baik (keras), pengeluaran darah dari jalan lahir normal.

Ibu mengerti dan merasa senang dengan informasi yang disampaikan.

2. Menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mules pada perut adalah normal pada ibu dalam masa nifas karena rahimnya yang berkontraksi dalam proses pemulihan untuk mengurangi perdarahan.

Ibu mengerti dengan informasi yang diterima dan ibu merasa tenang.

3. Mengingatkan ibu untuk selalu menilai kontraksi uterus dimana perut teraba bundar dan keras artinya uterus berkontraksi dengan baik, apabila perut ibu teraba lembek maka uterus tidak berkontraksi, akan menyebabkan perdarahan, untuk mengatasi ibu/keluarga harus melakukan masase dengan cara meletakkan satu tangan diatas perut ibu sambil melakukan gerakan memutar searah jarum jam hingga perut teraba keras.

Ibu mengerti dan mampu melakukan masase uterus dengan benar.

4. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi secara perlahan-lahandan bertahap diawali dengan miring kekanan, atau ke kiri terlebih dahulu, kemudian duduk, berangsur-angsur berdiri lalu berjalan sehingga, mempercepat proses pengembalian uterus ke

keadaan semula dan meningkatkan kelancaran peredaran darah, mencegah thrombosis vena dalam sehingga mempercepat proses pemulihan.

Ibu mengerti dan ibu sudah bisa miring kiri, kanan, duduk dan turun dari tempat tidur serta berjalan ke kamar mandi untuk buang air kecil.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya lebih awal dan tidak membuang ASI pertama yang berwarna kekuningan (kolostrum) karena ASI pertama mengandung zat kekebalan yang berguna untuk bayi, menyusui bayinya setiap 2-3 jam sekali atau kapanpun bayi diinginkan agar kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi, dengan menyusui akan terjalin ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi serta rahim berkontraksi baik untuk mengurangi perdarahan.

Ibu mengerti dan akan selalu menyusui kapanpun bayi inginkan serta tidak akan membuang ASI pertama.

6. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi dengan cara memandikan bayi setelah 6 jam setelah bayi lahir, memandikan menggunakan air hangat, jangan membiarkan bayi telanjang terlalu lama, segera bungkus dengan kain hangat dan bersih, tidak menidurkan bayi dengan di tempat dingin, dekat jendela yang terbuka, segera pakaikan pakaian hangat pada bayi dan segera mengganti kain/popok bayi jika basah serta pakaikan kaus kaki dan kaus tangan serta topi pada kepala bayi, Ibu mengerti dan akan terus menjaga kehangatan bayi.
7. Memberikan terapi berupa amoxilin 10 tablet dengan dosis minumnya 3x500 mg/hari, paracetamol 10 tablet dengan dosis minumnya 3x500 mg/hari, vit.A merah (200.000 SI) 2 kapsul dengan dosis 1x1 kapsul, sulfat ferosus 30 tablet dengan dosis 1x1/hari, vitamin C 30 tablet dengan dosis 1x1/hari.

Ibu menerima obat dan meminumnya sesuai aturan yang diberikan.

8. Menyampaikan kepada ibu dan keluarga bahwa tanggal 23 Mei 2019 akan melakukan kunjungan rumah agar peneliti bisa memeriksa keadaan ibu dan bayi.

Ibu dan keluarga bersedia untuk dikunjungi tanggal 23 Mei 2019.

9. Tanggal 20 Mei 2019 pukul 14.00 WITA ibu diperbolehkan pulang dan diantar dengan ambulance.

Ibu dan bayi sudah pulang jam 14.00 WITA

CATATAN PERKEMBANGAN KE – 4

KF-1

Tanggal : 19 – 05 – 2019

Jam : 10.00 WITA

Tempat : Tn. M.D

S : Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan kuat tiap 2 jam, BAB 1-2 x/hari

berwarna hitam, BAK 4-5 x/hari.

O : KU : baik, kesadaran : composmentis

TTV : S : 36,8⁰, N : 125 x/menit, RR : 45 x/menit

Tali pusat agak kering, belum puput, tidak ada tanda infeksi

A : By. NY. M. R. A. B Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari.

P :

1. Menginformasikan pada ibu keadaan umum dan tanda-tanda vital. Ibu menerima informasi yang diberikan dan merasa senang atas informasi tersebut.

2. Mengajarkan ibu merawat tali pusat bayi. Ibu mengatakan telah merawat tali pusat bayinya.
3. Mengajarkan ibu untuk tetap merawat tali pusat dan membiarkan tali pusat terlepas sendiri. Ibu menerima anjuran yang diberikan untuk membiarkan tali pusat terlepas sendiri.
4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang baik dan benar. Ibu mempraktekkan cara menyusui yang baik dan benar pada bayinya.
5. Mengajarkan ibu untuk memberikan bayinya ASI sesering mungkin atau apabila bayi inginkan. Ibu mengatakan telah memberikan ASI apabila bayinya inginkan
6. Mengajarkan ibu untuk tidak memberikan makanan pendamping apapu selain ASI sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan akan memberikan bayinya ASI saja.

KN-1

Tanggal : 19 – 05 – 2019

Jam : 10.00 WITA

Tempat : Tn. M. D

S : Ibu mengatakan mules tapi tidak terlalu seperti hari pertama dan darah masih keluar berwarna merah.

O : KU : baik, kesadaran : composmentis.

TTV: TD : 110/70 mmHg, S: 36,9⁰C, N : 84 x/menit,

RR : 20 x/menit.

Abdomen : TFU 2 jari di bawah pusat , kontraksi uterus baik.

Pengeluaran Lochea : Rubra

A : Ny. M. R. B. A P2AOAH2 Post Partum Normal 3 hari

P :

1. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi. Ibu menerima anjuran yang diberikan untuk makan-makanan bergizi dan ibu sudah makan nasi, sayuran, telur dan tempe.
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu istirahat siang 2-3 jam dan malam 8 jam.
3. Menganjurkan ibu untuk ber-Kb. Ibu mengatakan akan mengikuti Kb.

CATATAN PERKEMBANGAN KE-5

KF-2

Tanggal : 23 – 05 – 2019

Jam : 16.00 WITA

Tempat : Tn. M. D

S : Ibu mengatakan tidak pusing dan tidak ada keluhan, pengeluaran pervaginam

merah kekuningan, tali pusat bayi sudah terlepas, bayi menghisap kuat.

O : KU : baik, kesadaran : composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,⁰ C, N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit.

TFU pertengahan pusat simpisis

Lochea sanguolenta

A : Ny. M. R. B. A P2A0AH2 Post Partum Normal 7 hari

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap istirahat yang cukup dan makan makanan bergisi. Ibu mengatakan sudah istirahat yang cukup yaitu 2-3 jam pada siang dan 8 jam pada malam hari.

3. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin atau apabila bayinya ingin. Ibu mengatakan telah menyusui bayinya ketika bayinya ingin.

4. Menganjurkan dan menginformasikan pada ibu metode kontrasepsi. Ibu mengatakan inginkan IUD.

KN-2

Tanggal : 23 – 05 – 2019

Jam : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Mertua Tn. B. N

S : Ibu mengatakan bayi menyusu kuat dan tali pusat sudah terlepas dengan sendiri.

BAB 2-3x, BAK 4-5x

O : KU : baik, kesadaran : composmentis

TTV : S : 36,9⁰ C, N : 120 x/menit, RR : 45 x/menit.

BB : 3800 gram PB : 50 cm

Tali pusat sudah puput

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 7 hari

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yang dilakukan. Ibu menerima hasil pemeriksaan yang dilakukan dan merasa senang.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan tetap menyusui bayinya.
3. Menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu bulan depan tanggal 10 Juni 2019 agar dapat memantau perkembangan dan pertumbuhan bayinya. Ibu bersedia mengikuti posyandu pada tanggal 10 Juni 2019.

CATATAN PERKEMBANGAN KE-6

KF-3

Tanggal : 18-06-2019

Jam : 17.00 WITA

Tempat Tn .B. N

S : Ibu mengatakan tidak pusing dan tidak ada keluhan, pengeluaran pervaginam tidak ada.

O : KU : baik, kesadaran : composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, S : 36,6⁰C, N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit.

TFU tidak teraba,

Payudara : pengeluaran ASI +/+

TFU : tidak teraba

Genetalia : tidak ada pengeluaran

A : NY. M. R. A. B P2A0AH2 Post Partum Normal 38 hari

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap istirahat yang cukup dan makan makanan bergizi. Ibu mengatakan sudah istirahat yang cukup yaitu 2-3 jam pada siang hari dari 8 jam pada malam hari.
3. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin atau apabila bayinya ingin. Ibu mengatakan telah menyusui bayinya ketika bayinya ingin.
4. Menganjurkan ibu untuk datang ke posyandu bila jadwalnya untuk memantau perkembangan dan pertumbuhan bayinya. Ibu mengerti dan berjanji akan ke posyandu sesuai jadwal.
5. Menganjurkan ibu untuk bersama ke Puskesmas Untuk memasang Kb IUD. Ibu bersedia bersama ke puskesmas.

CATATAN PERKEMBANGAN KE 7

Tanggal : 25-06-2019

Jam : 16.30 WITA

Tempat : Puskesmas Watukawula

S : Ibu mengatakan selesai bersalin 6 minggu yang lalu dan ingin menggunakan KB IUD. Ibu menyatakan ingin menggunakan KB IUD untuk menunda kehamilannya. Ibu mengatakan tidak menderita penyakit yang mengharuskan dia untuk minum obat.

Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Ibu mengatakan makan 3x/hari dengan nasi, sayur, tempe, ikan, kadang-kadang daging. Minum 8-9 gelas hari dan tidak ada keluhan. Melakukan aktifitas rumah tangga dan tidak ada keluhan. 1-2 jam tidur siang 6-7 jam tidur malam, dan tidak ada keluhan.

Belum melakukan hubungan seksual.

Keadaan psiko sosial spiritual : ibu mengatakan senang karena telah memiliki anak dan sekarang dia ingin ber KB untuk menunda kehamilannya. Masyarakat di sekitar rumahnya sangat mendukung program Keluarga Berencana. Dan pada agamanya tidak ada larangan untuk menggunakan alat kontrasepsi.

O : a) Keadaaan umum : Baik

b) Kesadaran : Composmentis

c) Tanda vital

1) Tekanan darah : 110/70 mmHg

2) Nadi : 80 x/menit

3) RR : 20 x/menit

4) Suhu : 36,7⁰C

d) Berat badan : 48 kg

e) Kepala : Tidak ada tumor

f) Rambut : Distribusi merata, tidak rontok dan kulit kepala tidak ketombe

g) Mata : Mata simetris, kelopak mata tidak cekung, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

h) Hidung : Bersih, tidak ada polip

i) Mulut : Tidak caries dentis, stomatitis dan gigi berlubang

j) Telinga : Tidak serumen, simetris

k) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis

l) Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe

m) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada

n) Payudara : Simetris, tidak ada benjolan abnormal

- o) Abdomen : Tidak ada pembesaran hati dan limfe
- p) Pinggang : Tidak ada nyeri tekan
- q) Genetalia : Bersih, tidak ada varises
- r) Anus : Tidak ada hemaroid
- s) Ekstremitas Atas : Tidak ada Oedema, tidak pucat, tugor baik, jari-jari lengkap.

Ekstremitas bawah : Tidak ada oedema, varises, tidak pucat, tugor baik.

t) Pemeriksaan penunjang atau/laboratorium

Protein urine : Tidak dilakukan

HB : Tidak dilakukan

A : NY. M. R. A. B Umur 34 tahun calon akseptor KB IUD

P :

- 1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan, setelah dilakukan pemeriksaan tidak ada kontraindikasi kepada ibu untuk menggunakan KB IUD. Ibu mendengarkan hasil pemeriksaan.
- 2) Memberitahu kepada ibu tentang indikasi dan kontraindikasi KB, indikasi yang boleh menggunakan IUD.
 - a. Usia reproduktif
 - b. Resiko rendah IMS (Infeksi Menular Seksual)
 - c. Tidak menghendaki metode hormonal
 - d. Keadaan nulipara: perempuan yang belum pernah melahirkan anak
 - e. Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
 - f. Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
 - g. Pasca melahirkan dan tidak menyusui bayinya.

- h. Pasca abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- i. Tidak menyukai untuk mengingat-mengingat minum pil setiap hari.
- j. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
- k. Perokok, sedang menyusui, gemuk atau kurus.
- l. Sedang memakai antibiotik atau anti kejang.
- m. Penderita tumor jinak payudara, hipertensi, diabetes, penyakit tiroid, dll.

3) Keuntungan KB IUD

Menurut saifudin (2010);

- a) Efektifitasnya tinggi
- b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- c) Metode jangka panjang (10 tahun)
- d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-mengingat.
- e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR
- h) Tidak mempengaruhi kualitas volume ASI
- i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- k) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- l) Membantu mencegah kehamilan ektopik

4) Kerugian KB IUD

Menurut saifudin (2010);

- a) Efek samping yang mungkin terjadi

1. Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan.
2. Haid lebih lama dan banyak
3. Perdarahan (spotting) antar menstruasi
4. Saat haid lebih sakit.

b) Komplikasi lain :

1. Merasakan sakit dan kejang selama 3 – 5 hari setelah 5 hari
2. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
3. Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)

c) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

d) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.

e) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR

f) Tidak mencegah terjadi kehamilan ektopik terganggu karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal

5) Melakukan inform consent dengan ibu bila ibu menginginkan KB IUD. Telah mengisi dan menandatangani inform consent.

6) Melakukan pemasangan persiapan peralatan pemasangan IUD Menurut Sujiantini dan Arum (2009), peralatan pemasangan IUD:

- a. IUD Kit (Copper T 380 A) : 1 buah
- b. Speculum (speculum cocor bebek)
- c. Tampontang
- d. Tenakulum
- e. Gunting
- f. Mangkuk untuk larutan antiseptic
- g. Duk steril
- h. Kapas cebok
- i. Cairan antiseptic (betadin)

- j. Sarung tangan
 - k. Sarung tangan steril
 - l. Larutan clorin
 - m. Kain kasa/kapas
 - n. Baskom perendaman alat 1 buah
 - o. Sonde uterus
- 7) Menurut Sujiantini dan Arum (2009), perlengkapan pemasangan IUD:
- a. Meja ginekologi
 - b. Lampu sorot/ lampu senter
 - c. Kursi duduk
 - d. Tempat klorin 0,5 %
 - e. Tempat sampah basah
- 8) Pemasangan IUD

Menurut Prawirohardjo (2008), IUD dapat dipasang dalam keadaan :

- a. Sewaktu haid sedang berlangsung

Karena keutungannya pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu agak terbuka dan lembek. Rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada.

- b. Sewaktu post partum

Pemasangan IUD setelah melahirkan dapat dilakukan :

- 1) Secara dini yaitu dipasang pada wanita yang melahirkan sebelum dipulangkan dari rumah sakit.
 - 2) Secara langsung yaitu IUD dapat dipasang dalam masa 3 bulan setelah partus atau abortus
 - 3) Secara tidak langsung yaitu IUD dipasang sesudah masa 3 bulan setelah partus atau abortus.
- c. Sewaktu abortus
 - d. Beberapa hari setelah haid terakhir
- 9) Kunjungan ulang setelah pemasangan IUD

Kunjungan ulang setelah pemasangan IUD Menurut BKKBN (2003) :

- a. 1 minggu pasca pemasangan
- b. 2 bulan pasca pasang
- c. Setiap 6 bulan berikutnya
- d. 1 tahun sekali
- e. Bila terlambat haid 1 minggu
- f. Perdarahannya banyak dan tidak teratur

10) Langkah- langkah pemasangan IUD diantaranya :

- a. Pakai sarung tangan steril
- b. Usap tepi vagina dengan kassa steril yang diberikan larutan antiseptik dengan arah memutar dari tengah ke tepi dan dengan arah ke samping seperti kupu-kupu (butterfly) serta usap bagian dalam vagina.
- c. Pasang spekulum vagina, sampai serviks dapat terlihat dengan baik.
- d. Jepit serviks dengan tenakulum secara hati-hati.
- e. Ukur kedalaman dan posisi uterus menggunakan sonde uterus dengan teknik tanpa menyentuh (no touch technique).
- f. Sesuaikan penanda biru pada tabung inserter yang masih berada didalam kemasan sterilnya dengan kedalam uteri sesuai hasil sonde, lalu buka seluruh kemasan steril IUD.
- g. Angkat tabung IUD secar hati-hati, pegang IUD dengan posisi lengan horizontal.
- h. Tangan kiri menarik tenakulum secara hati-hati, tangan kanan memasukkan tabung inserter IUD kedalam uterus sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai dirasakan ada tahanan.
- i. Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan.
- j. Lepaskan lengan IUD dengan teknik withdrawal yaitu menarik keluar tabung inserter sampai pangkal pendorong, sambil tetap menahan pendorong.

- k. Keluarkan pendorong, kemudian tabung inserter didorong kembali ke serviks sampai penanda biru menyentuh serviks atau terdapat tahanan.
- l. Keluarkan sebagian tabung inserter dan gunting benang 3-4 cm
- m. Keluarkan seluruh tabung inserter, buang ketempat sampah medis.
- n. Lepaskan tenakulum secara hati-hati dan rendam di larutan klorin 0,5%.
- o. Periksa serviks dan bila ada pendarahan tekan serviks dengan menggunakan kassa yang dijepit tampon tang selamanya 30-60 detik.
- p. Keluarkan spekulum dengan hati-hati dan rendam dilarutan klorin 0,5%
- q. Mencuci tangan dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dan merendamnya dalam keadaan terbalik.
- r. Mencuci tangan dan melepas APD.
- s. Memberitahukan kepada klien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.
- t. Pastikan pasien tidak mengalami kram perut hebat dan amati pasien kurang lebih 15 menit sebelum memperbolehkan pasien pulang.

C. PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada NY. M. R. A. B Usia kehamilan 36 minggu dan diikuti sampai masa KB. Asuhan dimulai pada tanggal 23 April s/d 21 Juni 2019 di Puskesmas Radamata dengan menggunakan pendokumentasian metode 7 langkah Varney dan SOAP.

1. Kehamilan

a. Pengkajian

Penulis melakukan pemeriksaan kehamilan, pemberian asuhan kunjungan pada ibu yaitu ketika usia kehamilan 36 minggu pada tanggal 23 April 2019 pukul 16.00 WITA di Rumah Tn B. N.

Pada pengkajian data subjektif dan objektif, ibu mengatakan hamil anak ke-3 usia kehamilan 36 minggu. Ibu mengatakan sudah melakukan pemeriksaan sebanyak 3 kali selama kehamilan.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal, keadaan usia kehamilan 36 minggu, janin tunggal, hidup, presentase kepala, keadaan janin dan ibu baik. Pada pengkajian data objektif didapat pengukuran Mc. Donal 35 cm. Lila 23 cm.

Menurut Tyastuti (2016) adaptasi fisiologi kehamilan lanjut yaitu edema, sering buang air kecil, gatal dan kaku pada jari, gusi berdarah, hemaroid, insomnia, keputihan, konstipasi, kram pada kaki, mati rasa, sesak napas, palpitasi, nyeri ulu hati, perut kembung, pusing, sakit kepala, sakit punggung varices. Hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Menurut Marmi (2014) yaitu selama hamil ibu harus melakukan pemeriksaan kehamilan paling sedikit 4 kali yaitu minimal 1 kali pada trimester I (0-12 minggu), 1 kali pada trimester II (12-28 minggu) dan 2 kali pada trimester III (28-40 minggu). NY. M. R. A. B memeriksakan kehamilan sebanyak 4 kali, 2 kali di trimester ke II, 1 kali di trimester ke III. Hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Ukuran Lila normal pada ibu hamil adalah $>23,5$ cm dan bila $< 23,5$ cm menunjukkan ibu hamil menderita KEK. Lila NY. M. R. A. B adalah

23,5 cm, angka tersebut masih dalam batas normal. Hal ini artinya tidak kesenjangan dengan teori.

b. Analisa Masalah dan Diagnosa

G2P1A0AH1 UK 36 minggu Janin Tunggal, Hidup, persentase kepala, Keadaan ibu dan janin sehat dengan kehamilan normal.

Hal ini sesuai tinjauan teoritis analisa masalah berdasarkan data subyektif dan objektif yang diperoleh melalui pengkajian, pemeriksaan fisik maka dapat ditegakkan diagnosa ibu yaitu analisa masalah dan diagnosa dapat ditegakkan dengan berdasarkan analisa data subyektif dan obyektif (Anggraini, 2010).

c. Antisipasi masalah potensial

Antisipasi masalah potensial pada kasus ini adalah tidak ada dikarenakan masa kehamilan saat ini berjalan dengan normal, namun bidan tetap waspada terhadap kesehatan ibu dan janin.

d. Tindakan segera

Tindakan segera pada kasus ini tidak dilakukan karena tidak ada masalah yang memerlukan penanganan segera.

e. Perencanaan

Rencana pada kasus ini merupakan kelanjutan dari langkah-langkah sebelumnya yang telah diidentifikasi. Rencana yang akan dilakukan yaitu informasikan hasil pemeriksaan pada ibu, bina hubungan saling percaya antara bidan ibu, jelaskan ketidaknyaman kehamilan pada TM III yaitu ketidak yang dirasakan ibu saat ini, berikan konseling pada ibu tentang: Gizi ibu hamil, kebutuhan istirahat, kebersihan diri, jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III, jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan, jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan dan fasilitasi ibu untuk melahirkan di puskesmas, beritahu ibu tafsiran persalinan dan anjurkan ibu apabila ada keluhan segera datang ke puskesmas.

f. Pelaksanaan

Pelaksanaan pada kasus ini yaitu melaksanakan tindakan sesuai perencanaan yang telah dibuat.

Hal ini sesuai dengan tinjauan teoritis yaitu pelaksanaan tindakan berdasarkan rencana tindakan yang telah dibuat dengan tuntutan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi (Ambarwati, 2010).

g. Evaluasi

Mengevaluasi setiap asuhan yang diberikan ibu mengatakan mengerti akan penjelasan dan anjuran yang diberikan.

2. Persalinan

a. Kala II

1) Data Subjektif

Data subyektif yang ditemukan pada NY. M. R. A. B umur 34 tahun yaitu persalinan kala II pada pukul 07.40 Wita, Ibu mengeluh ingin mencedan dan ada rasa ingin BAB. Hal ini sesuai teori dalam (Ilmiah, 2015) tanda-tanda persalinan kala II yaitu ibu ingin meneran bersama dengan kontraksi, ibu merasa peningkatan pada rectum/vagina, perineum terlihat menonjol, serta vulva dan sfingter ani membuka. Hal ini menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

2) Data Obyektif

Data obyektif yang ditemukan yaitu pada pemeriksaan dalam yaitu vulva vagina: tidak ada kelainan, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, effacement 100 persen, kulit ketuban pecah spontan, presentase : kepala ubun-ubun kecil depan tidak ada bagian terkecil janin disamping, kepala turun hodge IV, tidak ada molase. Hal ini sesuai dengan teori Rukiah, dkk (2012) data obyektif pada kala II dinding vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, (lengkap), ketuban utuh, presentase kepala, penurunan kepala hodge III, posisi kepala ubun-ubun kecil depan, dan tidak ada molase. Kala II pada NY.M.R.AB berlangsung 50 menit dari pembukaan lengkap pada jam 05.45 Wita dan bayi lahir spontan pada

jam 06.00 Wita. Lamanya kala II menurut Lailiyana (2012) pada primigravida 2 jam dan pada multigravida 1 jam. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

3) Analisa

Hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif didapatkan diagnosa saat memasuki fase persalinan yaitu G2P1A0AH1 UK 40 minggu janin tunggal. Hidup, presentase kepala, inpartu kala II.

4) Penatalaksanaan

Melakukan pertolongan persalinan kala II. Asuhan terlaksana dengan baik dan proses persalinan berjalan dengan baik. Bayi lahir 50 menit kemudian setelah pemeriksaan dalam pembukaan lengkap.

Jam 05.45 wita pembukaan 10 cm dan terlihat adanya tanda gejala kala II (ibu ingin meneran bersama dengan kontraksi, ibu merasa peningkatan pada rectum, perineum terlihat menonjol, vulva, vagina, dan sfinger ani membuka) maka melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 60 langkah APN, hal ini sesuai dengan JNPK-KR (2013) menolong persalinan sesuai dengan 60 langkah APN.

b. Kala III

1) Data subyektif

Data subyektif yang ditemukan pada NY. M. R. A. B umur 34 tahun yaitu persalinan kala III pada pukul 06.05 wita ibu mengatakan perutnya masih tersa mules

2) Data obyektif

Data obyektif yaitu TFU : setinggi pusat, membundar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah dari jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori dalam Lailiyana, dkk (2012) yaitu tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi bundar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah bertambah banyak. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

3) Analisa

Hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif didapatkan diagnosa saat memasuki fase persalinan kala III yaitu P2A0AH1 Partu kala III.

4) Penatalaksanaan

Melakukan pertolongan persalinan kala III dari langkah 33-40. Asuhan terlaksana dengan baik dan proses persalinan kala III terlaksana tanpa penyulit. Plasenta lahir pukul 08.26 menit.

Penatalaksanaan kala III yang dilakukan yaitu melakukan MAK III yaitu pemberian oksitocin 10 IU secara IM, melakukan PTT dan masase fundus uteri. NY. M. R. A. B plasenta lahir pada jam 06.05 Wita dan tidak ada penyulit. Hal ini sesuai dengan teori Lailiyana, dkk (2012) yang menyatakan bahwa persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

c. Kala IV

1) Data subyektif

Data subyektif yang ditemukan pada NY. M. R. A. B umur 34 tahun yaitu persalinan kala IV pada pukul 06.25 Wita ibu mengatakan perutnya sedikit mules, dan merasa lega karena telah melahirkan anaknya, serta senang mendengar tangisan anaknya.

2) Data Objektif

Kala IV pada NY.M.R.AB keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD : 110/70 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 37⁰C, pernapasan : 20 kali/menit plasenta lahir lengkap jam 06.05 Wita, kontraksi uterus baik, fundus teraba keras, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan \pm 100 cc dan derajat robekan I dijalan lahir derajat. Menurut Marmi (2012) kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri robekan pada serviks dan perineum. Batas normal, rata-rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

3) Analisa

Hasil pengkajian data dan subyektif dan data obyektif didapatkan diagnosa saat memasuki fase persalinan kala IV P2A0AH2 partu kala IV. Diagnosa pada kasus ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa dan masalah kebidanan.

4) Penatalaksanaan

Melakukan pertolongan persalinan kala III dari langkah 41-60. Asuhan terlaksana dengan baik dan proses persalinan kala IV terlaksana tanpa komplikasi.

Kala IV dilakukan pengawasan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau TTV, perdarahan, kontraksi, TFU dan kandung kemih, pada 1 jam pertamapemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali, pada 1 jam berikutnya pemantauan dilakukan setiap 30 menit sekali. Hasil observasi kala IV tidak terdapat komplikasi. Hal ini berarti tidak kesenjangan antara teori dan kenyataan.

3. Bayi Baru Lahir

a. Data subyektif

Data subyektif yang ditemukan pada bayi NY. M. R. A. B adalah ibu mengatakan melahirkan bayinya yang kedua, usia kehamilan 9 bulan, tanggal 19-05-2019, pukul 08.30 wita. Bayinya menangis kuat, isap asi kuat, jenis kelamin perempuan.

b. Data obyektif

Data obyektif yang ditemukan pada bayi NY. M. R. A. B umur 1 jam adalah NY. M.R . A. B lahir cukup bulan, sesuai masa gestasi 40 minggu, lahir spontan jam 8.30 wita, tidak ditemukan adanya masalah, lahir langsung menangis spontan, kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan. TTV : nadi : 120 kali/menit, suhu : 36,7⁰C, pernapasan : 45 kali/menit, 3800 gram, PB : 50 cm, LK : 33 cm, LD L 34 cm. Refleks : refleks sucking (+), refleks rooting (+), refleks graps (+), refleks moro (+). Menurut Dewi (2010) ciri-ciri BBL antara lain: lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran kepala 33-35 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan \pm 40-60 x/menit, kulit kemerahan-merahan dan licin karena

jaringan subkutun yang cukup, nilai apgar >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *morro* (gerakan memeluk ketika dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* (menggenggam) dengan baik. Hal ini berarti tidak kesenjangan antar teori dan kenyataan yaitu pada panjang badan normal bayi.

c. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan diagnosa yaitu By. NY. M. R. A. B neonatus cukup bulan, sesuai masa kehamilan, umur 1 jam pertama. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada BBL umur 1 jam yang dilakukan yaitu setelah bayi lahir langsung dilakukan IMD dengan cara kontak kulit bayi dengan ibu, menjaga kehangatan bayi, melakukan pemeriksaan fisik dan antropometri, memberikan salep mata, vitamin neo K, imunisasi HB0, mengobservasi setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua dan menjelaskan tanda bahaya pada BBL. Hal ini sesuai dengan teori JNPK-KR (2013) yang mengatakan bahwa IMD dilakukan segera setelah lahir, juga kehangatan mengobservasi keadaan bayi pada 1 jam pertama setiap 15 menit dan 1 jam kedua setiap 30 menit, beri salep mata pada kedua mata, suntikan vitamin neo K1 mg/0,5 cc secara IM di 1/3 paha bagian luar sebelah kiri anterolateral setelah IMD, serta pemberian vaksin hepatitis B-0 secara IM pada paha kanan bayi 1 jam setelah penyuntikan vitamin neo K. Hal ini sesuai dengan teori JNPK-KR(2013) dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

Penulis melakukan kunjungan asuhan neonatus sebanyak 2 kali yaitu kunjungan asuhan pertama usia 3 hari, asuhan kedua 7 hari. Teori Kemenkes (2015) yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan BBL oleh bidan dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam -48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7

setelah lahir dan ketiga pada hari 8-28 setelah lahir. Hal ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

4. Nifas

a. Data subyektif

Data subyektif pada NY. M. R. A. B post partum 2 jam normal adalah ibu mengeluh perutnya terasa mules. Hal ini bersifat fisiologis karena uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Nugroho, 2014). Hal ini berarti tidak kesenjangan antara teori dan kenyataan.

b. Data obyektif

Data obyektif pada NY. M. R. A. B post partum 2 jam normal adalah keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : TD : 110/80 mmHg, suhu : 36⁰C, nadi : 80 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, kontraksi uterus baik (terba keras) TFU 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, colostrum (+). Menurut Nugroho (2014) TD ibu nifas berkisar sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg, suhu tubuh dapat naik $\pm 0,5^0\text{C}$ dari keadaan normal, denyut nadi berkisar 60-80 kali/menit, pernapasan 16-24 kali/menit. Menurut Anggraini (2010) TFU berdasarkan masa involusi setelah plasenta lahir TFU 2 jari bawah pusat. Menurut Nugroho, dkk (2014) lokea rubra keluar dari hari 1-3 warnanya merah kehitaman terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

c. Analisa

Dari data pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan diagnosa yaitu NY. M. R. A. B P2A0AH2 post partum normal 2 jam. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada ibu 2 jam post partum adalah memeriksa TTV ibu, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, kandung kemih setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, menganjurkan ibu untuk makan dan minum, membiarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, menganjurkan pada ibu untuk mulai menyusui bayinya, mengajarkan pada ibu dan keluarga cara masase uterus untuk mencegah perdarahan, menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas, menganjurkan pada ibu untuk selalu menjaga kehangatan tubuh bayinya dan memotivasi ibu untuk mengikuti KB pasca salin. Hal ini sesuai dengan teori Nunung,dkk (2013) dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

5. KB

a. Data subyektif

Data subyektif yang ditemukan pada NY. M. R..A. B adalah ibu mengatakan selesai bersalin 6 minggu yang lalu dan ingin menggunakan KB IUD untuk menunda kehamilannya.

Dalam ABPK tertulis bahwa yang tidak bisa menggunakan AKBR adalah menyusui kurang dari 6 minggu, mungkin hamil, dan gangguan kesehatan yang serius. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Data obyektif

Data obyektif yang ditemukan pada NY. M. R. A. B adalah TTV dalam batas normal BB 48 kg. Tidak ada varises.

Dalam buku panduan praktis pelayanan kontrasepsi, yang boleh menggunakan IUD yaitu menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, tekanan darah <180/110 mmHg. Hal ini berarti tidak kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan diagnosa yaitu NY. M. R. A. B umur 34 tahun calon akseptor KB. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan, memberitahu kepada ibu tentang indikasi dan kontraindikasi KB. Menjelaskan keuntungan dan kerugian serta efek samping KB IUD, melakukan informed consent dengan ibu bila ibu menginginkan KB IUD, melakukan pemasangan AKDR/IUD, kembali kontrol dalam waktu 1 minggu apabila ada keluhan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Setelah dilakukan asuhan kebidanan dari mulai kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas pada NY. M. R. A. B yang dimulai dari 23 April sampai 21 Juni 2019 penulis dapat memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Asuhan kebidanan pada masa kehamilan diberikan 1 kali yaitu pada umur kehamilan 35 minggu 5 hari, selama pemberian asuhan pada masa kehamilan 35 minggu 5 hari, ibu mengeluh sakit kepala, Selama masa kehamilan tidak dijumpai penyulit atau komplikasi, ibu dan janin dalam keadaan baik.
2. Asuhan kebidanan pada persalinan yang dimulai dari kala II sampai kala IV dilakukan sesuai dengan asuhan persalinan normal serta memperhatikan kebutuhan ibu, seperti makanan, eliminasi, posisi melahirkan, cara mengedan yang benar dan manajemen nyeri pada saat ibu berkontraksi. Persalinan ibu berjalan dalam proses normal tanpa ada penyulit.
3. Asuhan bayi baru lahir diberikan yaitu 1 jam segera setelah bayi lahir. asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir adalah IMD selama 1 jam, penyuntikan vitamin K1, pemeriksaan fisik, pemberian Hb 0, memperhatikan kebutuhan bayi seperti eliminasi dan memberikan ASI sesering mungkin. Serta melakukan asuhan pada kunjungan rumah sebanyak 2 kali. Bayi dalam keadaan sehat tanpa masalah dan komplikasi.
4. Asuhan kebidanan pada masa nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 3 hari post partum, 7 hari post partum, dan 38 hari post partum dengan tujuan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, konseling kebutuhan ibu dimasa nifas, mencegah dan mendeteksi masalah-masalah yang terjadi, serta memberikan ibu pengetahuan mengenal

alat kontrasepsi. Selama memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas, ibu normal tanpa ada penyulit, dan ibu sudah menentukan alat kontrasepsi yang akan digunakan.

5. Asuhan kebidanan pada KB dilakukan pada masa nifas 6 minggu 3 hari. Pemasangan IUD berjalan berjalan lancar tanpa ada kendala.

B. SARAN

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan bidan dapat mempertahankan serta meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan kebidanan selama masa kehamilan, bersalin, BBL dan nifas sehingga dapat meminimalkan angka kematian dan atau angka kesakitan ibu dan bayi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan kepada institusi dengan penulisan Laporan Tugas Akhir yang bersifat berkelanjutan ini dapat menjadi referensi untuk mempersiapkan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan.

3. Bagi Masyarakat

Diharapkan kepada masyarakat tetap bersikap kooperatif dalam membantu tenaga kesehatan saat melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati, Eny Retna dan Diah Wulandari.2010.Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Nuha medika.

Asri,dwi dan Christine Clervo. 2010. Asuhan persalinan Normal. Yogyakarta. Nuha Medika

Depkes RI.2007.Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007. Tentang Standar Asuhan Kebidanan. Jakarta.

Dewi, V.N.Lia.2010. Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita. Yogyakarta: Salemba Medika.

Dompas, Robin. 2011. Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita. Jakarta: EGC

Handayani, sri.2011. Buku Ajar pelayanan keluarga berencana. Yogyakarta : Pustaka Rihama

JNPK-KR.2008. Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial, Pencegahan Dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan Dan Bayi Baru Lahir”. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.

Kemenkes RI.2010. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Nasional Esensial. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kemenkes RI.2017. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016

Kemenkes RI.2017. Profil Kesehatan NTT Tahun 2016

Manuaba, IBG.2010. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB. Jakarta : EGC

Maritalia, Dewi.2014. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Maryunani, Anik.2009. Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (Postpartum). Jakarta: Trans Info Media.

Notoatmodjo, Soekidjo.2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho,dkk. 2014^a. Askeb I Kehamilan. Yogyakarta : Nuha Medika 2014^b. Askeb III Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pantikawati, Ika, Saryono.2012. Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). Yogyakarta : Nuha Medika.

Permenkes. 2010. Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Jakarta

Rahmawati, Titik.2012. Dasar-dasar kebidanan. Jakarta. Prestasi Pustaka.

Rochjati, Poedji. 2003. Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil. Surabaya: FK UNAIR

Romauli, Suryati. 2011. Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rukiyah, Ai Yeyeh, dkk.2010. Asuhan Kebidanan III (Nifas). Jakarta : trans Info Media

Runjati.2010. Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta : EGC

Sudarti, dan Endang Khoirunnisa. 2010, Asuhan kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita. Yogyakarta: Nuha Medika

Sulistyawati, Ari. 2009 a. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan Yogyakarta : Andi

Sulistyawati, Ari. 2009 b. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan Yogyakarta : Andi

Saifuddin, 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta : bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Varney, Helen.2007. Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta.EGC

Wahyuni, Sari.2011. Asuhan Neonatus, Bayi Dan Balita. Jakarta : EGC

Wahyuningsih dan Tyastuti.2016. Praktikum Asuhan Kebidanan Kehamilan
Pusdiknakes SDM Kesehatan : Jakarta

Washudi, dkk.2017. Laporan Tugas Akhir. Pusdiknakes SDM Kesehatan : Jakarta

Yanti 2017. Konsep Dasar Kehamilan. Yogyakarta : Nuha Medika

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Melakukan Studi Kasus

Lampiran 2 Surat Keterangan Selesai Studi Kasus

Lampiran 3 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 4 Surat Kesiediaan Menjadi responden

Lampiran 5 KIA Catatan Perkembangan Ibu Hamil

Lampiran 6 Lembar Partograf

Lampiran 7 Dokumentasi Asuhan

Lampiran 8 Lembar Konsultasi Bimbingan

Lampiran 9 lembar skor Poedji Rochjati

LAMPIRAN

Lampiran 1. KMS

Nomor Registrasi Ibu	:	5-09-2018
Nomor Urut di Kohort Ibu	:	
Tanggal menerima buku KIA	:	
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:	

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	: Ny. Anjelina Lausuk
Tempat/Tgl. Lahir	: Baur 01-08-2003 / 17 Thn.
Kehamilan ke	: I Anak terakhir umur: tahun
Agama	: Kristen Protestan
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Colongan Darah	: B
Pekerjaan	: IRT
No. JKN	: Umum

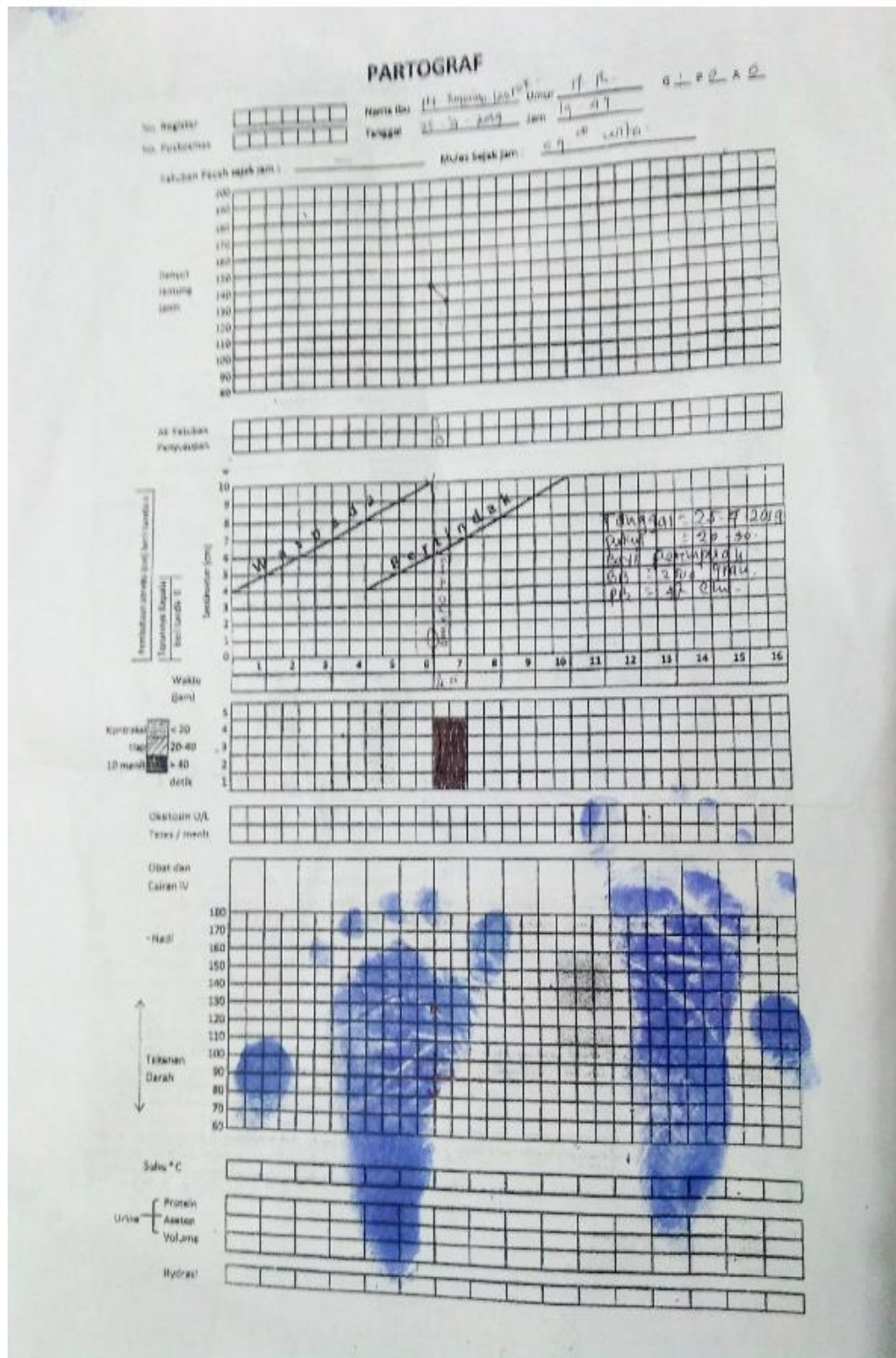
Nama Suami	: TN. ASER NABUNOMB
Tempat/Tgl. Lahir	: Koibano, 23-02-1986 / 32 Thn.
Agama	: Kristen Protestan
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Colongan Darah	: -
Pekerjaan	: Tunang

Alamat Rumah	: Naikoten 1 RT/RW 28/11
Kecamatan	: Kota Raja
Kabupaten/Kota	: Kupang
No. Telp. yang bisa dihubungi	: 081239603621

Nama Anak	:	
Tempat/Tgl. Lahir	:	
Anak Ke	:	L/P*
No. Akte Kelahiran	:	dari anak

* Lingkari yang sesuai

Lampiran 2. Partograf

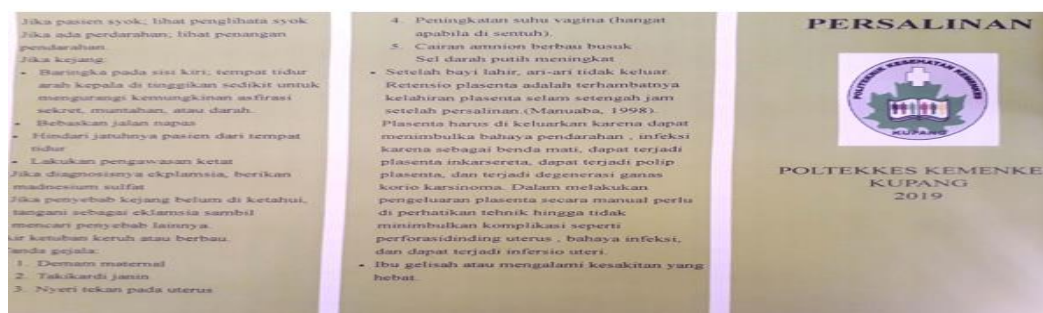


CATATAN PERSALINAN		CATATAN KELAHIRAN BAYI							
1 Tanggal : 25-1-2019		1 Jenis Kelamin : LK (PR)							
2 Usia kehamilan : minggu 38		2 Saat Lahir : Jam 20.30 Hari ke-3	Tanggal 25-1-2019						
Prematur <input type="checkbox"/> Aterm <input checked="" type="checkbox"/> Postmatur <input type="checkbox"/>		3 Bayi : Lahir hidup <input checked="" type="checkbox"/> Lahir mati <input type="checkbox"/>							
3 Letak : Kepala		4 Penilaian : (Tanda V ya x tidak)							
4 Persalinan : Normal	Tindakan Seksio <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Bayi napas spontan teratur							
5 Nama bidan : Asumah		<input checked="" type="checkbox"/> Gerakan aktif/tonus kuat							
6 Tempat persalinan : Puskesmas		<input checked="" type="checkbox"/> Air ketuban jernih							
<input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Rumah Sakit		5 Asuhan bayi :							
7 Alamat tempat persalinan : Jl. Kandang No. 4, Balamare		<input checked="" type="checkbox"/> Keringkan dan hangatkan							
8 Catatan : rujuk kala I / II / III / IV		<input checked="" type="checkbox"/> Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka							
9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI		<input checked="" type="checkbox"/> Inisiasi Menyusui Dini < 1 Jam							
10 Tempat rujukan : ...		<input checked="" type="checkbox"/> Vit K 1 & mg di paha kiri atas							
11 Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan		<input checked="" type="checkbox"/> Salp mata/tetes mata							
<input checked="" type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2		6 Apakah Bayi di Resusitasi?							
		YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK							
		Jika YA tindakan :							
		Langkah awal ... menit							
		ventilasi selama ... menit							
		Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal							
		7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan							
		YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK							
		8 Kapan bayi mandi : 8 jam setelah lahir							
		9 Berat Badan Bayi : 2500 Gram							
KALA I		KALA III							
1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak		1 Lama kala III : 5 menit							
2 Masalah lain : sebutkan :		2 manajemen Aktif kala III :							
3 Penatalaksanaan masalah tersebut :		<input checked="" type="checkbox"/> Oksitosin 10 IU IM dalam waktu ... menit							
4 Hasilnya :		<input checked="" type="checkbox"/> Pergerakan Tali Pusat Terkendali							
		<input checked="" type="checkbox"/> Massage Fundus Uteri							
		3 Pemberian ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua ?							
		Ya, Alasan ...							
		Tidak							
		4 Plasenta lahir Lengkap (Intact)							
		Ya							
		Tidak							
		Jika TIDAK, tindakan ...							
		5 Plasenta tidak lahir > 30 menit							
		Ya, Alasan ...							
		Tidak							
		6 Laserasi							
		Ya, Alasan ...							
		Tidak							
		Jika YA, dimana ... derajat 1 2 3 4							
		Tindakan ...							
		7 Atonia Uteri							
		Ya							
		Jika YA tindakan ...							
		8 Jumlah perdarahan ... ml							
		Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan							
PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH		
21-10	110/70	80	37.2	2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
21-20	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
21-40	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
21-55	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
22-05	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
22-15	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
22-25	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
22-35	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
22-45	110/70	80		2-3 kg	Reg	10 cc	10 cc		
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	RUANG RUMAH	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
21-10	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	1x	1x
21-25	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
21-40	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
21-55	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
22-10	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
22-25	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
22-40	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
22-55	110/70	36.8	36.8	aktif	Kuat	baik	tidak	-	-
Tanda Bahaya : <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Bayi									
Tindakan (jelaskan catatan kasus)									
<input type="checkbox"/> Dirujuk <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dirujuk									
Tanda tangan Penolong :									

Lampiran 3. Liflet



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

Lampiran 4. Sap

A. DEFINISI

Makanan bergizi adalah makanan yang mengandung zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur dalam susunan yang seimbang dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan gizi.

B. MANFAAT MAKANAN BERGIZI UNTUK IBU HAMIL

- Menjaga kesehatan ibu hamil dan menyusui
- Untuk kesehatan janin yang dikandung
- Meningkatkan produksi ASI

C. YANG TERJADI BILA KEKURANG GIZI

1. Pengaruh bagi ibu hamil : Ibu lemah dan, kurang nafsu makan, Perdarahan dalam masa kehamilan, Kemungkinan infeksi tinggi, Anemia atau kurang darah, Hb < 11 gr%
2. Pengaruh pada waktu persalinan : Persalinan sulit dan lama, Persalinan sebelum waktunya (premature), Perdarahan setelah persalinan, Perdarahan dengan operasi cenderung men-

GIZI UNTUK IBU HAMIL

Vital nutrients for a pregnant women



D. MAKANAN YANG BAIK BAGI IBU HAMIL

- Daging tanpa lemak
- Telur
- Ikan salmon
- Kacang-kacangan
- Ubi jalar
- Walnut
- Sayuran Daun Berwarna Hijau Tua
- Buah-buahan dan sayuran Beraneka Warna
- Biji-bijian (gandum tinggi serat dan nutrisi, termasuk vitamin E, selenium, dan fitonutrien)
- Makanan Olahan (yoghurt yang terbuat dari susu)

E. 7 JENIS MAKANAN YANG KURANG BAIK DIKONSUMSI OLEH IBU HAMIL

- Daging setengah matang

KARTU KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Yustina Nunu

N I M : NIM. PO5303240181471

Pembimbing : Adriana Nara, S. Si. T. M. Kes

Judul :

No	Hari/tgl	Materi Bimbingan	Paraf
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

1. Dibawa saat bimbingan dan paraf dosen pembimbing Laporan tugas akhir
2. Pembimbing wajib memberi bimbingan minimal 2 jam/minggu.

Pembimbing

Adiana Nara, S. Si. T, M. Kes
NIP. 19721227 199212 2 001

KARTU KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Yustina Nunu

N I M : NIM. PO5303240181471

Penguji : Maria Christina Endang, S. ST, M. Kes

Judul :

No	Hari/tgl	Materi Bimbingan	Paraf
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

1. Dibawa saat bimbingan dan paraf dosen pembimbing Laporan tugas akhir
2. Pembimbing wajib memberi bimbingan minimal 2 jam/minggu.

Penguji

Maria Christina Endang, S. ST, M. Kes
NIP. 19680508 200212 2 002

PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. M. R. A. B

Umur : 30 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Tambolaka

Dengan ini member **PERSETUJUAN** untuk diberikan Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif yang bertujuan untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir dari Mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

Tambolaka, 10 Juli 2019

Responden

Mahasiswa

Ny. M. R. B. A

Yustina Nunu

NIM. PO5303240181471